Aus der Sozialhygienischen Abteilung des
Hygienischen Instituts der Westfälischen Wilhelms-
Universität zu Münster i. Westf.
(Direktor: Prof. Dr. K. W. Jötten)

Die zahnärztliche Versorgung der Provinz Hannover unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde einer
Hohen Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität zu Münster i. Westf.

Vorgelegt von

Herbert Wassermann
Zahnarzt aus Hannover

1934

Druck: Heinrich Buschmann, Münster i. W., Drubbel 17-18

Dekan: Prof. Dr. P. Esch
Referent: Prof. Dr. K. W. Jötten

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Münster (Westf.)

Meinem lieben Großvater
Heinrich Wassermann!

Disposition.

Die sozial-hygienische Bedeutung der Zahnheilkunde im Rahmen der Allgemeinfürsorge.

I.

Die zahnärztliche Versorgung der Provinz Hannover mit Zahnärzten und nicht approbierten Behandlern.

II.

Die Leistungen der öffentlichen Fürsorge auf dem Gebiete der Zahnheilkunde in der Provinz Hannover:

A) Die Schulzahnpflege, ihre Entwicklung und Verbreitung.

B) Die zahnärztliche Versorgung Erwachsener im Rahmen der öffentlichen Fürsorge:

1. Die zahnärztliche Versorgung der Wohlfahrtsunterstützungsempfänger in der Stadt Hannover.
2. Die zahnärztliche Versorgung der Kriegshinterbliebenen und Kriegsfürsorge-Unterstützungsempfänger in der Stadt Hannover.
3. Die Leistungen der Poliklinik des zahnärztlichen Universitäts-Instituts in Göttingen.
4. Die Leistungen der Landesversicherungsanstalt Hannover.
5. Die zahnärztliche Versorgung Erwachsener durch Zahnkliniken der Krankenkassen.

Zusammenfassung.

Die sozial-hygienische Bedeutung der Zahnheilkunde im Rahmen der Allgemeinfürsorge.

Wenn sich jetzt am Anfang eines neuen Zeitgeschehens der Alpdruck der schweren Wirtschaftskrise langsam zu lösen beginnt und sich Anzeichen bemerkbar machen, die darauf hindeuten, daß dem Niedergang der letzten Jahre der Aufstieg folgen wird, dann kann man auch hoffen, daß es auf dem Gebiete der zahnärztlichen Fürsorge wieder vorwärtsgeht, nachdem mühsam errungene Erfolge durch scharfe Sparmaßnahmen ganz oder teilweise wieder vernichtet wurden.

Lange Zeit nahm in der allgemeinen öffentlichen Gesundheitspflege die zahnärztliche Fürsorge einen wenig beachteten Platz ein. Erst spät, nachdem in zahlreichen Untersuchungen der traurige Zustand des Gebisses bei einem großen Teil der Bevölkerung festgestellt worden war, setzte sich die Erkenntnis durch, daß der Gesundheitszustand des Deutschen Volkes durch fürsorgerische Maßnahmen nur dann wirklich gehoben werden kann, wenn auch der Gesunderhaltung des menschlichen Kauorgans die nötige Beachtung geschenkt wird.

Sehr aufschlußreich sind in diesem Zusammenhange die Feststellungen des Statistikers **Volz**, der zu berechnen versuchte, wieviel Arbeitstage dem deutschen Volk jährlich durch kranke Zähne verloren gingen! Er schätzt den Ausfall an „nicht ausgenutzten Ernährungsstoffen", der durch mangelhafte Gebisse verursacht wurde, auf rund 220 Millionen Goldmark!

Aehnlich ist auch das Material, das die Kulturschau der Internationalen Presseausstellung in Köln im Jahre 1928 brachte. Hier fällt nach den statistischen Feststellungen auf, daß sich der Nahrungsausfall infolge Zahnerkrankung und Zahnverlust auf jährlich 300 Millionen Goldmark beläuft und daß die auf diese Zahnmängel zurückzuführende Verminderung der Leistungsfähigkeit und des Verdienstes unserer im Erwerb stehenden Bevölkerung einen Verlust von ungefähr 380 Millionen ausmacht, so daß, beide Faktoren zusammen gerechnet, dem deutschen Volke ein jährlicher Gesamtverlust von 680 Millionen Reichsmark entsteht!

Vielleicht interessieren auch die Anschauungen über Volksgesundheitspflege in der **Sowjetunion**, über die sich der normale Mitteleuropäer in Bezug auf Kultur und Zivilisation oft ein nicht sehr günstiges Urteil macht. Hier steht im Mittelpunkt des Kampfes gegen Volksseuchen und Massenerkrankungen eine auf breiter Grundlage geführte Schulzahnpflege.

Amerika, das in der Wohlfahrtserwerbslosen- und Kriegsbeschädigtenfürsorge für unsere Verhältnisse überhaupt nichts tut, weist in

der Förderung der Zahn- und Mundhygiene weit bessere Ergebnisse auf. So wurde in einer der größten Städte der Vereinigten Staaten von Seiten der obersten Schulbehörde nachgewiesen, daß im Jahre 1923 etwa 32 Prozent der Schulkinder ihr Klassenziel nicht erreicht hatten. Im Laufe des darauffolgenden Jahres wurde ein festes Programm für Schulzahnpflege beschlossen und auch durchgeführt. Am Ende dieses Jahres war der Prozentsatz der Schulkinder, welche sitzenblieben, auf 8 Prozent zurückgegangen. Zufall?! Ich glaube, das ist ein schlagender Beweis dafür, daß kranke Zähne und ungepflegte Mundhöhlen einen Zustand schaffen, der für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Schulkinder eine durchaus ernst zu nehmende Gefahrenquelle bedeutet.

Bemerkenswert sind auch die Anstrengungen, die in **Japan** auf dem Gebiete der Mundhygiene gemacht werden. So wird dort seit dem Jahre 1913 in Ausstellungen und Vorträgen die Allgemeinheit über zweckmäßige Mund- und Zahnpflege aufgeklärt. Es wird von oben herab von einer eigens dazu eingerichteten Stelle auf eine systematische Verbreitung dieses Gedankens geachtet. Die Erwähnung der Mundhygiene in den Schulbüchern und die Anstellung von Schulzahnärzten wird durch Gesetz gefordert. In der Stadt **Nogaya** z. B. ist schon im Jahre 1920 an jeder der 21 Elementarschulen ein Zahnarzt angestellt worden. Prägnante Schlagworte wie (wörtlich übersetzt) folgender Satz: „Schlechte Zähne essen schließlich den Menschen" klären die Oeffentlichkeit auf.

Nun fragt es sich, wo denn am besten und wirksamsten der Hebel anzusetzen ist, um eine Besserung der solange bestandenen Verhältnisse zu erzielen und die systematische Zahn- und Mundpflege nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch zu einem selbstverständlichen Allgemeingut in dem Denken und Fühlen eines jeden von uns, oder besser gesagt der bislang Abseitsstehenden zu machen. Und da erscheint am günstigsten der Zeitpunkt, wo man noch prophylaktisch arbeiten kann, also das Kindesalter. Denn hier kommt uns ein Umstand zugute, der uns in unserer Arbeit viel nützen kann, nämlich der, daß für das Kind die Periode des Zahnwechsels ungefähr mit dem Schulanfang zusammenfällt. An die Stelle des Milchgebisses tritt das bleibende. Das ist äußerst wichtig und wird von den wenigsten Eltern recht gewürdigt. Gerade während der Zeit des Zahnwechsels bedarf das kindliche Gebiß sorgfältigster Beobachtung und sachgemäßester Pflege. Es sei nur darauf hingewiesen, daß der bei Beginn des Zahnwechsels erscheinende erste Backenzahn von vielen Eltern noch für einen Milchzahn gehalten wird und dementsprechend keine größere Beachtung findet. So kann man immer wieder beobachten, daß dieser Zahn schon kurze Zeit nach seinem Durchbruch erkrankt, was um so bedauerlicher ist, als er dem kommenden Gebiß als Stütze dienen soll.

Der Umstand also, daß der Zahnwechsel in den Beginn der Schulzeit fällt, legt die Möglichkeit nahe, die Erziehung des Kindes zu sorgfältigster Zahnpflege auf zwei Teile, auf Elternhaus und Schule zu verteilen. Dabei bietet die in Deutschland gesetzlich vorgeschriebene

Schulpflicht eine sichere Gewähr dafür, daß die heutige Schuljugend Unterweisungen über die Notwendigkeit und die sorgfältige Ausführung der Zahnpflege erhält.

In erster Linie ist die mangelhafte Zahnpflege auf das Versagen des Elternhauses zurückzuführen. Ich glaube, jeder Zahnarzt, der im Dienste der Schulzahnpflege steht, weiß ein Lied davon zu singen. Wenn nicht selten auch gerade die Lehrkräfte mit steter Energie und Konsequenz — trotz vieler schlechter Erfahrungen und Unannehmlichkeiten, oft sogar unter dem Widerstand der Eltern — auf die Behandlung erkrankter Zähne ihrer Schüler dringen, so geschieht eben nichts. Die Kinder aber sind dabei die Leidtragenden, denn sie kommen trotz der mannigfachen Belehrungen in den meisten Fällen viel zu spät teils aus Angst, teils aus Bequemlichkeit. Oft kommt bei ihnen erst nach Verlassen der Schule die Einsicht, die zur rechten Würdigung der Anstrengungen auf diesem Gebiete erforderlich ist.

Eine andere Erklärung auf die Frage, worauf die mangelhafte Zahnpflege, hauptsächlich wieder bei der Schuljugend zurückzuführen ist, gibt eine Rundfrage, die die Ligner-Werke in Dresden in 4000 deutschen Schulen veranlaßt haben, um festzustellen, wieviele Kinder ungenügend mit Zahnbürsten versorgt sind, und die von **Sichler** zusammengestellt worden ist. Man wollte an Hand des eingehenden Materials einmal feststellen, wieweit die Zahnbürste bei der Jugend eingeführt ist, um gewisse Rückschlüsse auf die Zahnpflege der Jugend und des Volkes im allgemeinen ziehen zu können.

Es waren folgende fünf Fragen gestellt, die beantwortet werden sollten:

1. Wieviele Kinder Ihrer Schule haben keine Zahnbürste?
2. Wieviele Kinder haben keine eigene Zahnbürste, sondern eine Familienbürste?
3. Wird die Schule zahnärztlich beaufsichtigt?
4. Wieviele Kinder waren nach dem Befund zahnkrank?
5. Worauf führen Sie nach Ihrer Ansicht die mangelhafte Zahnpflege zurück?

Nun darf das Ergebnis nicht als absolut zuverlässig betrachtet werden, denn viele Kinder werden aus einem gewissen Schamgefühl heraus nicht die volle Wahrheit gesagt haben, da sie die mangelhafte Pflege der Zähne als ein gewisses Vergehen erkennen. Es gibt daher nur Anhaltspunkte. Sie genügen aber, um auf die traurigen Verhältnisse, die mancherorts auf dem Gebiete der Zahnpflege bestehen, hinzuweisen.

So schwankt die Zahl der Kinder ohne Zahnbürste in den Städten zwischen 24,6 und 39,7 %. Die Zahl der Kinder mit „Familienzahnbürste" schwankt zwischen 5 % und 17 %. Ungenügend mit Zahnbürsten versorgt sind von den Kindern in den Städten 29,6 % und 55,5 %. Der Durchschnitt liegt also bei 44,7 %.

Auf dem Lande sieht es wesentlich ungünstiger aus. So schwankt hier die Zahl der Kinder ohne Zahnbürste zwischen 31,9 % und 50 %.

Die Zahl der Kinder mit Familienzahnbürste schwankt zwischen 7 % und 20,2 %. Ungenügend mit Zahnbürsten versorgt sind von den Kindern auf dem Lande zwischen 51 % und 68,6 %. Der Durchschnitt liegt also hier bei 60 %.

Der Gesamtdurchschnitt — Stadt und Land zusammen — liegt bei 53 %.

Dabei ist diese Zahl noch einigermaßen harmlos gegenüber den Einzelergebnissen der Länder und Provinzen. Hier seien einige Zahlen genannt.

Ungenügend mit Zahnbürsten versehen sind z. B. — Knaben und Mädchen zusammen — in:

Land oder Provinz	Stadt	Land
Baden	82,7 %	69,0 %
Bayern	53,5 %	71,0 %
Württemberg	49,5 %	65,9 %
Grenzmark	58,0 %	79,7 %
Ostpreußen	76,3 %	79,5 %
Rheinland	52,8 %	67,5 %

Diesen geradezu traurigen Ergebnissen stehen allerdings in einigen anderen Ländern und Provinzen bessere gegenüber. So liegen z. B. die besten Verhältnisse im Freistaat Sachsen vor. Dort sind in den Städten „nur“ 28,6 % Kinder ungenügend mit Zahnbürsten versorgt, und auf dem Land sind es „nur“ 36,9 %.

Die strenge Scheidung zwischen Stadt und Land ist unbedingt notwendig, um nicht noch ungünstigere Bilder, wie sie ja eine Durchschnittsberechnung bringt, zu erhalten.

Der Grund für diese miserablen Verhältnisse ist nach Ansicht der Fachleute in der in überwiegendem Maße ungenügenden Kenntnis der Bevölkerung über die Notwendigkeit einer regelmäßigen Zahnpflege zu suchen. Wirtschaftliche Not bildet durchaus nicht die maßgebende Ursache. Sie spielt zwar eine Rolle, aber nicht in dem Umfang, wie viele annehmen mögen.

So sehen wir hier wieder, was ja auch schon am Anfang gesagt worden ist, daß Zahnpflege und Zahnbehandlung in den Augen des Volkes zwei überflüssige und unnütze Dinge sind und als übertriebene Maßnahmen gelten. Oft steht man den Anstrengungen, die behördlicherseits gemacht werden, nicht nur passiv gegenüber, sondern man untergräbt sie sogar, indem die Eltern ihre Kinder absichtlich nicht zum Schulzahnarzt schicken, da sie der ganzen Schulzahnpflege eigenartigerweise skeptisch gegenüberstehen, oder sie sogar ablehnen, weil ihre Kinder dort nach ihrer Ansicht nicht vorsichtig genug behandelt werden.

Dabei tragen die Maßnahmen, die von den Behörden getroffen werden, durchaus dazu bei, die Notwendigkeit der Schulzahnpflege allmählich bei allen einzubürgern, aber oft fehlt das Geld, um weitere Vervollkommnung zu erreichen. Die finanziellen Schwierigkeiten der

Schulbehörden sind ja hinlänglich bekannt. Und so fehlt es vor allen Dingen auf dem Lande an geeignetem Anschauungsmaterial das allerdings heute schon überwiegend von der Industrie kostenlos zur Verfügung gestellt wird.

Der schwierigste Hemmungsfaktor ist nach der Umfrage der Ligner-Werke auch wieder das Elternhaus, das sich, wie ich das ja schon oben angeführt habe, auf den unbegreiflichen Standpunkt stellt, es genüge vollauf, die Zähne dann behandeln zu lassen, wenn man Zahnschmerzen habe und im übrigen sei das Putzen gesunder Zähne nicht durchaus erforderlich.

Eine Ergänzung zu der Ligner-Umfrage bilden Erhebungen, die in **Hannover** von dem Direktor der dortigen Schulzahnklinik, **Prager** angestellt worden sind. Vor allen Dingen sind sie aus dem Grunde bedeutungsvoll und aufschlußreich, da die Untersuchung nicht, wie das auch hier niederschmetternde Ergebnis vermuten läßt, bei der ärmeren Bevölkerung angestellt worden ist, sondern in einem Lyzeum.

Hier gaben an dem Untersuchungstage von 41 Mädchen 25 zu, sich die Zähne nicht geputzt zu haben, obwohl sie genau wußten, daß an dem betreffenden Morgen der Schulzahnarzt kommen würde!

In einer Stadttöchterschule Hannovers wurde durch den Schulzahnarzt ebenfalls eine Umfrage abgehalten, wer sich **jeden** Tag seine Zähne putze. Das Ergebnis war folgendes:

in der Sexta	von	86	nur	49,
in der Quinta	von	102	nur	33,
in der Quarta	von	48	nur	25,
in der Tertia	von	47	nur	29
zusammen	von	283	ganze	136

Summa summarum: nicht einmal die Hälfte, und das in einer höheren Schule!

Einen sehr interessanten Beitrag zur Aenderung der augenblicklichen schlechten Verhältnisse kann eine Untersuchung geben, die wieder von den **Ligner**-Werken angestellt worden ist. Es wurde ein Preisausschreiben veranstaltet mit dem Thema: Welcher Weg führt zum Ziel? Auf diese Weise wurden den Fachleuten erhöhte Möglichkeiten gegeben, sich über dieses akute Thema zu äußern, da die besten Vorschläge mit Preisen bedacht wurden.

Die Zusammenfassung des Materials, das aus allen Schulgattungen stammt, ergibt ungefähr folgendes Bild:

Ein Fortschritt auf diesem Gebiete ist zur Hauptsache nur durch die Schule zu erreichen. Denn die Schule biete t eine sichere Gewähr dafür, daß die gesundheitlichen Forderungen auch einigermaßen erfüllt werden. Der Lehrer ist somit eine der wichtigsten Personen. Doch genügt die Erziehung der Kinder allein nicht. Die Eltern müssen ebenfalls erzogen werden, und zwar so, daß sie die Lehre der Schule nicht wieder umstoßen. Ihre Mitarbeit ist unbedingt zu fordern.

Ferner ist notwendig, daß die Kinder ihre Zähne in der Schule putzen. Diese Pflege ist obligatorisch einzuführen. In **Japan** ist dies seit Jahren der Fall, indem sich die Kinder fast aller Volksschulen in der Turnhalle unter Aufsicht eines oder mehrerer Lehrer die Zähne putzen.

Weiter müssen Vorträge gehalten, Filme gezeigt und Bilder, Flugblätter evtl. auch Preise verteilt werden.

Die Schulärzte müssen stets auch die Zähne der Kinder untersuchen, bei Behandlungsbedürftigkeit sollen die Kinder sofort dem Schulzahnarzt überwiesen werden.

Die Zahnpflegemittel sollten, zum mindesten für Jugendliche, möglichst billig geliefert werden.

In den Schulen, Jugendherbergen usw. müssen Wandtafeln ausgehängt werden, die immer wieder an die Zahnpflege erinnern.

Ferner sollten bei irgendwelchen kleineren Auszeichnungen auch Zahnbürsten verteilt werden.

Auch in dem in letzter Zeit aufgekommenen Schulfunk können gut Vorträge über kranke Zähne und ihre Folgen gehalten werden.

Die Deckung der Kosten für die Durchführung der Vorschläge wird in den meisten Fällen vom Staat und der Gemeinde erwartet.

Bevor ich jetzt zu dem eigentlichen Thema der Arbeit komme, sind noch zwei Hinweise erforderlich.

Die Arbeit bildet ein Teilstück einer Sammelerhebung über die zahnärztliche Versorgung des Deutschen Volkes, die, getrennt nach einzelnen preußischen Provinzen und deutschen Ländern, von Herrn Professor Dr. K. W. **Jötten** im hygienischen Institut der Universität Münster i. W. durchgeführt wird.

Die Provinz **Hannover** hat 1 772 523 Einwohner bei einem Flächeninhalt von ca. 40 Q. Kilometern. Die Bevölkerung ist im Vergleich zu anderen Provinzen hauptsächlich auf das Land verteilt. Das ergibt eine Uebersicht über die Städtegattungen. Es gibt nur zwei Städte über 100 000 Einwohner: Hannover und Harburg-Wilhelmsburg, 11 Städte über 20 000 Einwohner und 159 Städte und Ortschaften unter 20 000 Einwohner.

Die Hauptbeschäftigung der Bewohner ist Landwirtschaft in der ganzen Provinz, ferner Viehzucht in den Marschen, Handel und Schifffahrt in den Küstenstädten und Bergbau im Süden der Provinz. Mittelpunkt der Landwirtschaft ist **Celle.**

An Industriezweigen seien erwähnt: Spinnereien und Webereien (Hannover), Kalibergbau, Erdöl (Celle, Soltau), Zucker, Eisengießereien, Auto- und Maschinenfabriken (Hannover, Linden, Osterode/Harz) und Gummifabriken (Hannover, Harburg-Wilhelmsburg).

Die Versorgung der Provinz Hannover mit Zahnärzten und nicht approbierten Behandlern.

Um den Wert und Umfang der zahnärztlichen Versorgung des Deutschen Volkes voll und ganz verstehen zu können, muß man auf eine Tatsache achten, die in Deutschland im Gegensatz zu allen größeren Staaten der Welt noch heute besteht.

In unserem Berufe ist die Ausübung der Zahnheilkunde nicht nur den approbierten, d. h. den vollstudierten Medizinalpersonen gestattet, sondern auch den nicht approbierten Zahntechnikern, den Dentisten. Die Berechtigung dieser Dentisten zur Ausübung ihres Berufes stützt sich auf das Gesetz der Kurierfreiheit.

Hoffentlich wird unter der neuen Führung unserer Standesorganisation eine Regelung erreicht, wie sie sein muß, denn dieses Gegeneinander, das bislang geherrscht hat, bringt auf die Dauer in erster Linie uns Zahnärzte allein in schwersten Mißkredit.

Nachdrücklichst unterstützt wird die Notwendigkeit einer Lösung der Fragen durch die Tatsache, daß der Zeitpunkt nicht mehr fern, ja vielleicht schon erreicht ist, wo genügend junge Zahnärzte vorhanden sind, um die zahnärztliche Versorgung des Deutschen Volkes allein verbürgen zu können. Denn die Zulassung der Nichtapprobierten in der Versicherung war nur möglich, weil zu dem Zeitpunkt, als die Notwendigkeit einer Aufnahme der zahnärztlichen Behandlung in die Sozialversicherung erkannt wurde, eine ausreichende Zahl wissenschaftlich vorgebildeter Zahnärzte nicht vorhanden war. Vor einigen Jahrzehnten, als die Sozialversicherung in Deutschland eingeführt wurde, war die Verteilung der Zahnärzte in Bezug auf Stadt und Land viel zu ungleich. Die meisten Zahnärzte praktizierten in den Städten, und das Land war nur mangelhaft versorgt.

Wenn auch die Tätigkeit der nicht approbierten Behandler in der Privatpraxis auf Grund der oben angeführten Kurierfreiheit unbeschränkt ist, so sind ihr doch in der öffentlichen Fürsorge durch die Reichsversicherungsordnung erhebliche Grenzen gezogen. So ist z. B. die Behandlung der Mund- und Kieferkrankheiten nur den Zahnärzten und Aerzten erlaubt.

Die Forderung, daß in der öffentlichen Fürsorge nur approbierte Zahnärzte Verwendung finden sollen, findet in dem § 29 der Reichsgewerbeordnung ihren Niederschlag. Es heißt hier: „Die Anstellung Nichtapprobierter als Schulzahnärzte ist sowohl dem Staate als auch

der Gemeinde untersagt." Der § 30 der Reichsgewerbeordnung schreibt vor, daß der Leiter einer Schulzahnklinik eine approbierte Medizinalperson sein muß. Ferner beweisen noch einige andere Verordnungen, daß die Ausübung der Zahnfürsorge, soweit sie die Schulzahnpflege betrifft, ausschließlich den Zahnärzten vorbehalten ist.

Ich möchte hier noch den § 831 BGB. erwähnen, der besagt, daß sich eine Gemeinde für etwaige Folgen unsachgemäßer Behandlung von Seiten eines durch sie angestellten nicht approbierten Zahnbehandlers schadenersatzpflichtig macht, wenn sie bei der Auswahl des Behandelnden die sonst übliche Sorgfalt nicht beachtet hat.

Aehnlich ist die Lage bei der Behandlung von Krankenkassenangehörigen und versicherten Familienmitgliedern, wo gemäß dem § 121 der Reichsversicherungsordnung eine Behandlung durch nicht approbierte Zahnbehandler nur in den Fällen erfolgen darf, wo sie durch einen Zahnarzt oder Arzt angeordnet ist oder wo bei Dringlichkeit keine approbierte Medizinalperson hinzugezogen werden kann. Aus den §§ 123 der Reichsversicherungsordnung und 56a der Reichsgewerbeordnung geht klar hervor, daß die Zahnfürsorge auf diesem Gebiete nur von Zahnärzten ausgeführt werden darf.

Ein großer Teil unserer Bevölkerung läßt sich allerdings in freier Praxis noch von den Dentisten behandeln. Teilweise werden diese Patienten angezogen von der oft aufdringlichen Reklame und den niedrigen Preisen, teilweise, und das sind meiner Meinung nach die meisten Fälle, ist den Leuten der grundlegende Unterschied zwischen Zahnärzten und Dentisten überhaupt noch nicht aufgegangen.

Bei dieser Gelegenheit muß aber unbedingt darauf hingewiesen werden, daß von Seiten der Dentisten und ihrer Standesorganisationen weit mehr Aktivität entfaltet wird, um die Zuneigung der Bevölkerung zu erhalten oder zu gewinnen. Gerade augenblicklich läuft in den größeren Städten des Reiches wieder ein Film, betitelt: „Unsere Zähne." In diesem Film wird dem Publikum die Wichtigkeit einer guten Zahnpflege vor Augen geführt. Außerdem zeigt der Film zwei von dem Reichsverband Deutscher Dentisten unterhaltene Ausbildungsinstitute, wobei alle Gebiete der praktischen Zahnbehandlung demonstriert werden. Den Schluß des Films bildet eine Wiedergabe des Ausbildungsganges des werdenden Dentisten, von der „Eignungsprüfung" angefangen bis zur „Staatlichen Prüfung."

Es mag sein, daß das Gefühl der Abneigung gegen alles, was irgendwie als Reklame wirken kann, die zuständigen Stellen unseres Standes vor derartigen Methoden bewahrt, aber wundern darf man sich unter diesen Umständen nicht, daß sich die Dentisten noch eines so großen Zuspruchs erfreuen.

Im folgenden möchte ich an Hand von Tabellen einen Ueberblick über die Versorgung der Provinz **Hannover** mit Zahnärzten und nicht approbierten Behandlern geben. Und zwar habe ich als Grundlage die Jahre 1914, 1922, 1925 und 1932 herausgenommen. Zusammengestellt ist das Material nach den Angaben des zahnärztlichen Adreßkalenders.

Tabelle I

Jahr	Gesamt-einwohnerzahl	Zahl der Z. Ae.	Zahl der N. A.	Gesamtzahl der Behandler	Es kommt ein Zahnbehandler auf Einwohner	1 Zahnarzt auf wieviel Einwohner	1 N. A. auf wieviel Einwohner
1914	1 016 574	168	226	394	2 580	6 051	4 945
1922	1 112 466	214	297	511	2 177	5 179	3 745
1925	1 561 719	389	435	824	1 895	4 015	3 590
1932	1 596 800	520	551	1071	1 491	3 070	2 894

Aus dieser Tabelle ersieht man, daß die Zahl der Zahnärzte und Nichtapprobierten im Jahre 1914 gering war im Verhältnis zum letzten Vergleichsjahre 1932, gemessen an der Zunahme der Gesamteinwohnerzahl der Provinz **Hannover** in der gleichen Zeitspanne. Während die Zahl der Zahnärzte in den vier Vergleichsjahren oberflächlich gerechnet von 168 über 214 zu 520 einigermaßen gleichförmig anstieg, ist im Vergleich dazu bei den Nichtapprobierten eine etwas ungleichmäßigere Zunahme festzustellen, da sich ihre Zahl von 226 im Jahre 1914 auf „nur" 551 im Jahre 1932 vermehrte, sodaß sie also hier den Zahnärzten an Zahl „nur" um 31 überlegen sind, während diese Zahl im Jahre 1914 immerhin noch 58 betrug. Es ist also zu bemerken, daß die zahlenmäßige Ueberlegenheit der Nichtapprobierten über die Zahnärzte in der Provinz **Hannover** in den Jahren 1914 bis 1932 um 46,6 % abgenommen hat, setzt man die Zahl 58 gleich 100 %.

Interessant und wertvoll werden diese Angaben, wenn man sie in Vergleich zu denen setzt, die in ähnlichen Arbeiten über andere Provinzen gemacht worden sind. Danach ist z. B. im Verhältnis zu den Provinzen **Westfalen** und **Rheinland** die Anzahl der Zahnärzte und Nichtapprobierten in der Provinz Hannover im Jahre 1914 als hoch zu bezeichnen.

Denn während **Hannover** bei einer Einwohnerzahl im Jahre 1914 von 1 016 574 168 Zahnärzte und 226 Nichtapprobierte hatte, besaßen **Westfalen** und **Rheinland** 4 127 904 bezw. 6 853 000 Einwohner und nur 161 bezw. 418 Zahnärzte und 227 bezw. 686 Nichtapprobierte. Auch die Zunahme in den Jahren 1914 bis 1932 ist z. B. gerade in der Provinz **Westfalen** wesentlich geringer als in **Hannover.** Denn dort stieg die Zahl für die Zahnärzte auf „nur" 655 und für die Nichtapprobierten auf 715, aber wohlgemerkt bei einer Einwohnerzahl von über 5 000 000! Dieser Unterschied liegt sicher darin begründet, daß die infolge der Industrie ganz anders zusammengesetzte Bevölkerung in Westfalen längst nicht soviel Zahnärzten und Nichtapprobierten Existenzmöglichkeit bietet wie die Bevölkerung Hannover, der im Verhältnis viel größeren Anzahl von Behandlern. Die zahlenmäßige Ueberlegenheit der Nichtapprobierten über die Zahnärzte hat sich während der Berichtsjahre in den Provinzen **Westfalen** und **Rheinland** nur unwesentlich verschoben.

Die enge Verbundenheit der Zahnheilkunde mit der Medizin und ihre ständig fortschreitende Vertiefung in histologischer und anatomisch-pathologischer Hinsicht berechtigen zu der Ansicht, daß das Durchschnittskönnen der Nichtapprobierten auf die Dauer nicht mehr ausreicht, um eine in jeder Hinsicht ausreichende Behandlung aller in der Praxis vorkommenden Fälle zu gewährleisten. Es müßte im Laufe der Zeit dafür gesorgt werden, daß das Betätigungsfeld der Nichtapprobierten auf das rein technische Gebiet beschränkt bleibt.

Vor allen Dingen läßt sich mit gutem Gewissen behaupten, daß wir der Forderung, die Behandlung der Bevölkerung solle ausschließlich durch die Zahnärzte erfolgen, ständig näherrücken, ja sie schon bald erfüllt haben. Besitzen wir doch im Jahre 1932 schon weit mehr Zahnärzte als vor dem Kriege Zahnärzte und Nichtapprobierte zusammen! Noch um die Jahrhundertwende sah es schlecht aus mit der zahnärztlichen Versorgung, und erst in der heutigen Zeit können wir feststellen, daß der Bedarf des Deutschen Volkes an Zahnärzten allmählich gedeckt wird. Einen Ueberblick über die Verhältnisse in Deutschland zeigt folgende Tabelle:

Es gab im Jahre:	1850 =	250	Zahnärzte
	1887 =	523	"
	1900 =	1583	"
	1907 =	3058	"
	1910 =	3020	"
	1919 =	4478	"
	1925 =	8051	"
	1929 =	8950	"
	1933 =	ca. 13 000	Zahnärzte

Es wird wohl jedem einleuchten, daß sich für alle wirtschaftlich schlimme Folgen ergeben werden, wenn diese Aufwärtsbewegung noch einige Jahre hindurch anhält. Denn rein gefühlsmäßig wird jeder behaupten, daß jetzt bereits der Punkt erreicht ist, wo die vorhandene Anzahl Zahnärzte den Bedarf decken kann.

Brachte ich oben ein Bild von der Zunahme der Zahnärzte im Reich, so soll die folgende Darstellung die Entwicklung der Verhältnisse in der Provinz **Hannover** veranschaulichen. Die Zunahme der Zahnärzte in den einzelnen Jahren in prozentualer Berechnung sieht hier folgendermaßen aus:

1914	:	100,0 %
1922	:	127,4 %
1925	:	231,5 %
1932	:	309,5 %

Setzt man diese kleine Tabelle wieder in Vergleich zu den Angaben über die Provinzen **Rheinland** und **Westfalen**, so ist festzustellen, daß unsere Provinz in der Mitte zwischen den beiden liegt. Im Rheinland stieg die Zahl der Zahnärzte in den betreffenden Jahren von 100 %

im Jahre 1914 auf 270 % im Jahre 1932 und in Westfalen von 100 % im Jahre 1914 auf 406,8 % im Jahre 1932.

Aus der auf Seite 13 angeführten Tabelle I geht das Verhältnis der Einwohnerzahl zur Anzahl der Zahnärzte hervor.

Während im Jahre 1914 ein Zahnarzt noch auf 6051 Einwohner kam, änderte sich das Bild in den nächsten Jahren folgendermaßen:

1922	ein	Zahnarzt	auf	5 179	Einwohner
1925	„	„	„	4 015	„
1932	„	„	„	3 070	„

Im Vergleich zu den beiden anderen Provinzen ist auch hier wieder zu sagen, daß die in unserer Provinz auf einen Zahnarzt entfallende Einwohnerzahl unter der von Rheinland und Westfalen liegt, denn im Rheinland z. B. kamen auf einen Zahnarzt im Jahre 1932 noch 6 636 Einwohner gegenüber 3 070 bei uns in Hannover.

Bunge stellte Untersuchungen an über das Ansteigen der Zahnärzte im Reich in den Jahren 1929 bis 1932. Hierbei ist für uns von Wichtigkeit die Feststellung, daß in ganz Deutschland im Jahre 1932 auf einen Zahnarzt 6 150 Einwohner kamen.

Betrachten wir nun hierbei die Zahl für die Provinz Hannover von 3 070, so ergibt sich die Tatsache, daß die Verhältnisse bei uns im Jahre 1932 unter dem Reichsdurchschnitt lagen.

Für die Verteilung der nicht approbierten Behandler auf die Bevölkerung zeigt sich für die Provinz Hannover folgendes Bild:

1914	ein	Nichtapprobierter	auf	4 945	Einwohner
1922	„	„	„	3 745	„
1925	„	„	„	3 590	„
1932	„	„	„	2 894	„

Hier ist auch wieder ein wesentlicher Unterschied gegenüber den Provinzen Rheinland und Westfalen festzustellen, die beide erheblich höhere Zahlen aufzuweisen haben. Es kamen im Jahre 1914 auf einen Nichtapprobierten im Rheinland 9 999 und in Westfalen sogar 18 184 Einwohner, und im Jahre 1932 im Rheinland 5 388 und in Westfalen im letzten angegebenen Jahre 1929 noch 8 638 Einwohner, also in beiden Provinzen noch erheblich mehr, als in Hannover im Jahre 1914!

Ein ganz anderes Bild weist die Berechnung des Verhältnisses der Anzahl der gesamten Behandler, also Zahnärzte und Nichtapprobierte zusammen, zur Bevölkerungszahl auf. Es kamen:

1914	ein	Behandler	auf	2 580	Einwohner
1922	„	„	„	2 177	„
1925	„	„	„	1 895	„
1932	„	„	„	1 491	„

Ein Vergleich mit unseren beiden anderen Provinzen Rheinland und Westfalen ergibt wieder den gleichen krassen Unterschied wie bei den Nichtapprobierten. Es kamen im Jahre 1914 auf einen Behandler im

Rheinland 6 207 Einwohner und in Westfalen 10 638, im Jahre 1932 im Rheinland 2 972 und in Westfalen im letzten Berichtsjahre 1929 4 334 Einwohner, also wieder in den beiden Provinzen in den letzten Berichtsjahren noch mehr als in der Provinz Hannover vor dem Kriege!

Diese Ergebnisse für die drei angeführten Provinzen beweisen die außerordentliche Zunahme der Zahnärzte in Deutschland, denn im gesamten Reich wird dieser Vorgang ungefähr den gleichen Verlauf genommen haben. Rechnet man das noch viel stärkere Anschwellen der Nichtapprobierten hinzu, dann werden sicher auch die ärgsten Pessimisten zugeben müssen, daß bald die Vorbedingung für eine lückenlose zahnpflegerische Versorgung des Deutschen Volkes erfüllt ist.

Zum mindesten können wir das von der Provinz **Hannover** behaupten, die ja in allen drei Kategorien zum Teil schon erheblich unter dem Reichsdurchschnitt liegt.

Eine Erhärtung der oben angeführten Tatsache ergibt die nächste Tabelle; sie zeigt, wieviel Zahnärzte, Nichtapprobierte und Behandler überhaupt auf 1000 Einwohner in der Provinz Hannover entfallen.

Tabelle II.

1914 kamen auf 1000 Einwohner	0,17	Zahnärzte
	0,20	Nichtapprobierte
	0,39	Behandler
1922 „ „ „ „	0,19	Zahnärzte
	0,27	Nichtapprobierte
	0,46	Behandler
1925 „ „ „ „	0,25	Zahnärzte
	0,28	Nichtapprobierte
	0,53	Behandler
1932 „ „ „ „	0,33	Zahnärzte
	0,35	Nichtapprobierte
	0,67	Behandler

Aus dieser Tabelle geht klar hervor, daß in den ganzen Jahren der größere Teil der Bevölkerung der Provinz Hannover durch die Nichtapprobierten zahnpflegerisch versorgt wurde, und nur der kleinere Teil durch die Zahnärzte.

Ein Vergleich mit den anderen angeführten Provinzen zeigt, wie das auch schon aus dem Verhältnis der Einwohnerzahlen zu den Behandlern hervorging, daß die Provinz Hannover im Verhältnis zur Einwohnerzahl mehr Zahnärzte und Nichtapprobierte hat als die beiden anderen.

Die Tabellen IIIa—d sollen zeigen, wie die Zahnärzte, Nichtapprobierte und Behandler überhaupt zahlenmäßig und prozentual auf die einzelnen Stadtkategorien verteilt sind.

Bei genauerer Betrachtung erkennt man in der Anzahl der Orte einige Umgruppierungen und Veränderungen, die sich durch Eingemeindungen usw. in den Nachkriegsjahren erklären lassen.

1914 — Tabelle IIIa

Einwohnerzahl	Zahl der Städte u. Ortschaften	Gesamteinwohnerzahl	Zahl d. approb. Zahnärzte	Nicht approb. Behandler	Gesamtzahl d. Behandler	Auf 1 Zahnarzt kommen Einwohner	Auf 1 Nichtapprob. kommen Einwohner	Auf 1 Behandler kommen Einwohner
bis 1000	3	1790	3	--	3	596	—	596
1—3000	6	10900	6	2	8	1814	5450	1363
3—5000	5	20221	5	7	12	4844	2883	1685
5—10.000	13	98900	21	27	48	4710	3663	2060
10—20.000	5	70900	14	13	27	5064	5454	2626
20—30.000	6	143000	25	33	58	5720	4333	2466
30—75.000	6	285863	42	49	91	6806	5843	3141
75—150.000	—	—	—	—	—	—	—	—
150—300.000	—	—	—	—	—	—	—	—
über 300.000	1	385000	52	95	147	7404	4053	2619
Summen und Mittelwerte	45	1016574	168	226	394	6051	4945	2580

1922 — Tabelle IIIb

Einwohnerzahl	Zahl der Städte u. Ortschaften	Gesamteinwohnerzahl	Zahl d. approb. Zahnärzte	Nichtapprob. Behandler	Gesamtzahl d. Behandler	Auf 1 Zahnarzt kommen Einwohner	Auf 1 Nichtapprob. kommen Einwohner	Auf 1 Behandler kommen Einwohner
bis 1000	2	1752	2	1	3	876	1752	584
1—3000	15	28853	17	12	29	1694	2404	995
3—5000	7	28789	8	12	20	3599	2399	1439
5—10 000	9	64400	15	17	32	4293	3788	2013
10—20 000	11	136896	29	39	68	4745	3510	2013
20—30 000	5	118668	20	31	51	5933	3828	2327
30—75.000	6	263114	39	68	107	6747	3869	2458
75—150.000	1	82119	11	22	33	7456	3551	2488
150—300.000	—	—	—	—	—	—	—	—
über 300.000	1	387875	73	95	168	5313	4083	2308
Summen und Mittelwerte	57	1112466	214	297	511	5179	3745	2177
über 5.000	6	40879	—	9		—	4542	4542

1925 — Tabelle IIIc

Einwohnerzahl	Zahl der Städte u. Ortschaften	Gesamteinwohnerzahl	Zahl d. approb. Zahnärzte	Nicht approb. Behandler	Gesamtzahl d. Behandler	Auf 1 Zahnarzt kommen Einwohner	Auf 1 Nichtapprob. kommen Einwohner	Auf 1 Behandler kommen Einwohner
bis 1000	10	6623	10	3	13	662	2208	509
1—3.000	55	102301	60	57	117	1705	1795	874
3—5.000	23	91959	31	53	84	2966	1735	1095
5—10.000	16	107558	27	44	71	3985	2445	1515
10—20.000	11	319971	39	43	82	8204	7441	3902
20—30.000	4	83113	25	30	55	3365	2804	1530
30—75 000	7	322984	65	73	138	4969	4424	2341
72—150.000	1	91560	19	25	44	4819	3662	2081
150—300 000	—	—	—	—	—	—	—	—
über 300.000	1	414650	113	157	220	3669	3875	1885
Summen und Mittelwerte	129	1561719	389	435	824	4015	3590	1895
über 2000	1	2500	—	3	3	—	833	833
über 2000	24	64617	—	—	—	—	—	—

1932 — Tabelle IIId

Einwohnerzahl	Zahl der Städte u. Ortschaften	Gesamteinwohnerzahl	Zahl d. approb. Zahnärzte	Nichtapprob. Behandler	Gesamtzahl d. Behandler	Auf 1 Zahnarzt kommen Einwohner	Auf 1 Nichtapprob. kommen Einwohner	Auf 1 Behandler kommen Einwohner
bis 1.000	15	10665	16	5	21	667	2133	508
1—3 000	80	152719	89	81	170	1716	1885	898
3—5.000	31	109306	37	64	101	2954	1708	1082
5 10.000	19	129576	35	50	85	3702	2595	1525
10 20.000	14	174202	50	47	97	3485	3706	1796
20—30 000	5	154294	57	37	94	2181	3359	1322
30—75 000	5	242616	71	63	134	3417	3851	1811
75- 150.000	2	209762	44	48	92	4767	4370	2280
150—300.000	—		—	—	—	—	—	—
über 300 000	1	443600	121	156	277	3666	2844	1601
Summen und Mittelwerte	172	1596800	520	551	1071	3070	2894	1491
über 2.000	49	138.201	—	72	72	—	1919	1919
über 2.000	14	37.522	—	—	—	—	—	—

Zusammenfassung der Summen und Mittelwerte aus den Tabellen IIIa—d.

Jahr	Einwohner	Zahl der praktizierenden Zahnärzte	Zahl der nichtapprob. Behandler	1 Zahnarzt auf Einwohner	1 Nichtapprob. auf Einwohner
1914	1.016.574	168	226	6051	4945
1922	1.112.466	214	297	5179	3745
1925	1.561.719	389	435	4015	3590
1932	1.596.800	520	551	3070	2894

Es kommt ein Zahnbehandler auf Einwohner:

1914	2580
1922	2177
1925	1895
1932	1491

Die zahlenmäßige Vermehrung der kleineren Orte wird ihre Aufklärung finden, wenn man berücksichtigt, daß diese Orte in den letzten Jahren in weit stärkerem Maße statistisch erfaßt wurden als das früher der Fall war.

Diese Tabellen sind vor allen Dingen im Hinblick auf die Niederlassungsmöglichkeiten der jungen Zahnärzte so wichtig, daß es sich verlohnt, bei ihrer Betrachtung länger zu verweilen.

Insbesondere jetzt, wo der Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands die Frage der Neuansiedlung der jungen Zahnärzte in die Hand genommen hat, ergeben sich aus diesen Tabellen Richtlinien, die keinesfalls übersehen werden dürfen, will man gerecht sein und Fehlschläge vermeiden.

Die Tabelle IIId zeigt also, daß im Jahre 1932 in den einzelnen Stadtkategorien der Provinz Hannover durchschnittlich 3 070 Einwohner auf einen Zahnarzt entfallen. Will man nun bei der Neuansiedlung des Nachwuchses Härten und Ungerechtigkeiten vermeiden und allen eine gleichmäßig sichere Existenzgrundlage schaffen, so muß dafür gesorgt werden, daß die jungen Zahnärzte, den Bedürfnissen entsprechend, möglichst gleichmäßig über die Provinz verteilt werden. Es müßte also zunächst verhindert werden, daß sich Zahnärzte in solchen Städten und Orten ansiedeln, die unter der angegebenen Richtzahl liegen. Es sind dies die Orte bis 1000 Einwohner mit 667 Einwohnern auf einen Zahnarzt, die Orte mit 1000 bis 3000 Einwohnern mit 1 716, die Orte mit 3 bis 5000 Einwohnern mit 2 954 und die Orte mit 20 bis 30 000 Einwohnern mit 2 181 Einwohner auf einen Zahnarzt. Zu verschonen sind also die kleineren Orte und die Städte der mittleren Kategorie mit 20 — 30 000 Einwohnern.

Es können sich demnach, um die oben angeführten Richtlinien einzuhalten, in den anderen Städten noch Zahnärzte niederlassen. Das sind die Städte mit 75—150 000 Einwohnern, von denen es in der Provinz Hannover zwei gibt, die mit 4 767 Einwohnern auf einen Zahnarzt am höchsten über dem Durchschnitt liegen. Es folgen dann die Städte mit 5 bis 10 000 Einwohnern mit 3 702, die Städte mit mehr als 300 000 Einwohnern mit 3 666, die Städte mit 10—20 000 Einwohnern mit 3 485 Einwohnern auf einen Zahnarzt und zuletzt die Städte mit 30—75 000 Einwohnern, die mit 3 417 Einwohnern auf einen Zahnarzt am niedrigsten über dem Durchschnitt liegen.

Aus der nächsten Rubrik der Tabelle IIId ist zu ersehen, daß die Nichtapprobierten ebenfalls die kleineren Orte und Städte bis einschließlich 10 000 Einwohner und dann noch die eine Stadt über 300 000 Einwohner, nämlich Hannover selbst, am stärksten besiedelt haben. Hier müßten sich also auch, wollte man dasselbe wie bei den Zahnärzten erreichen, zunächst in den mittleren Stadtkategorien Nichtapprobierte niederlassen.

Tabelle IV

Prozentuale Verteilung der Behandler auf die einzelnen Stadtkategorien in Hannover.

Jahr	bis 1000	1000-3000	3000-5000	5000-10000	10-20000	20-30000	30-75000	75-150000	150-300000	300-500000
					Zahnärzte					
1914	1,8%	3,6%	3,0%	12,5%	8,3%	14,9%	25,0%	—	—	31,0%
1922	0,9%	7,9%	3,7%	7,0%	13,5%	9,3%	18,2%	5,1%	—	34,1%
1925	2,6%	15,4%	8,0%	6,9%	10,0%	6,4%	16,7%	4,9%	—	29,0%
1932	3,1%	17,1%	7,1%	6,7%	9,6%	11,0%	13,7%	8,5%	—	23,3%
					Nichtapprobierte					
1914	— %	0,9%	3,1%	11,9%	5,8%	14,6%	21,7%	—	—	42,0%
1922	0,3%	4,0%	4,0%	5,7%	13,1%	10,4%	22,9%	7,4%	—	32,0%
1925	0,7%	13,1%	12,2%	10,1%	9,8%	6,9%	16,8%	5,7%	—	24,6%
1932	0,9%	14,7%	11,6%	9,1%	8,5%	6,7%	11,4%	8,7%	—	28,3%
					Zahnbehandler					
1914	0,8%	2,0%	3,0%	12,2%	6,9%	14,7%	23,1%	—	—	37,3%
1922	0,6%	5,7%	3,9%	6,3%	13,7%	10,0%	20,9%	6,5%	—	32,7%
1925	2,0%	15,9%	9,4%	7,9%	9,1%	8,8%	12,5%	8,6%	—	25,9%
1932	1,6%	14,2%	10,1%	8,6%	10,0%	6,7%	16,7%	5,3%	—	26,7%

Ein abschließendes Bild erhalten wir bei Betrachtung der letzten Rubrik der Tabelle IIId, die besagt, wieviel Einwohner auf einen Behandler überhaupt, also Zahnärzte und Nichtapprobierte zusammen, kommen. Hier beträgt die Durchschnittsziffer 1 491. Es ergibt sich im Hinblick auf die zahnärztliche Versorgung das gleiche Bild wie bei den

Zahnärzten, indem nämlich auch die kleinen Orte und die Städte der mittleren Kategorien mit 20—30 000 Einwohnern am stärksten besiedelt, also am besten zahnärztlich versorgt sind. Es folgen dann wieder die Städte mit 75—150 000 Einwohnern, die mit 30—75 000 Einwohnern, die mit 10—20 000 Einwohnern, die mit über 300 000 Einwohnern, also Hannover selbst und zuletzt die Städte mit 5—10 000 Einwohnern, die mit 1 525 Einwohnern auf einen Behandler am niedrigsten über dem Durchschnitt liegen. Diese zuletzt genannten fünf Stadtkategorien liegen alle über dem Durchschnitt, kommen also in erster Linie für Niederlassungen des Nachwuchses in Frage, rechnet man in diesem Falle Zahnärzte und Nichtapprobierte zusammen.

Zusammenfassend kann demnach gesagt werden, daß für beide Berufsarten, Zahnärzte und Nichtapprobierte, in erster Linie die mittleren Städte in der Provinz Hannover die günstigsten Niederlassungsmöglichkeiten bieten und nicht die kleinen Orte, wie so oft angenommen wird.

In der Tabelle IV ist ein Ueberblick über die prozentuale Verteilung der Behandler auf die einzelnen Stadtkategorien in der Provinz Hannover gegeben.

Zum Schluß möchte ich noch eine kleine Aufstellung bringen, die den zahlenmäßigen Fortschritt der zahnärztlichen Versorgung der Provinz Hannover anzeigt.

Tabelle V.

Jahr	Es waren in der Provinz Hannover Einw. versorgt mit	in Städten	Zahnärzten	Nichtapprob.	Behandlern
1914	1 016 574	45	168	226	394
1922	1 112 466	57	214	297	511
1925	1 561 719	128	389	435	824
1932	1 596 800	172	520	551	1071

Aus diesen Angaben ist zu ersehen, daß sich die Zahl der zahnpflegerisch versorgten Städte in der Provinz Hannover seit dem Jahre 1914 fast vervierfacht hat, während die Zahl der Einwohner in der gleichen Zeit im Verhältnis dazu nur unwesentlich angestiegen ist.

Genau gerechnet liegen die Verhältnisse so, daß die Bevölkerungsziffer auf 157,1 % angestiegen ist, setzt man die Zahl vom Jahre 1914 gleich 100,0 % und die Zahl der zahnpflegerisch versorgten Städte und Ortschaften auf 382,0 %, setzt man die Zahl vom Jahre 1914 ebenfalls gleich 100,0 %.

Bei den Zahnärzten, Nichtapprobierten und Behandlern überhaupt liegen die Verhältnisse so, daß die Zahl der Zahnärzte auf 309,5 %, die der Nichtapprobierten auf 243,8 % und die der Behandler überhaupt auf 271,8 % anstieg, setzt man die Angaben aus dem Jahre 1914 gleich 100,0 %. Das ist in der folgenden kleinen Tabelle noch einmal veranschaulicht.

Es stieg bis zum Jahre 1932 die Zahl der:

Einwohner auf	Zahnpflegerisch versorgt wurden Ortschaften auf	Zahnärzte auf	Nichtapprob. auf	Behandler auf
157,1 %	382,0 %	309,5 %	243,8 %	271,8 %

So ist zu erkennen, daß seit dem Jahre 1914 die zahnpflegerische Durchdringung der Bevölkerung der Provinz Hannover große Fortschritte gemacht hat.

Zum Schluß möchte ich noch auf die beiden letzten bezw. die letzte Zeile der Tabellen III b—d hinweisen, die anzeigen, daß es auch noch Ortschaften über 2 000 Einwohner gibt, die z. T. überhaupt noch nicht, z. T. nur durch Nichtapprobierte zahnpflegerisch versorgt sind.

So gab es im letzten Berichtsjahre 1932 49 Ortschaften mit insgesamt 138 201 Einwohnern, die nur durch Nichtapprobierte, und zwar 72, versorgt waren, und 14 Ortschaften mit insgesamt 37 522 Einwohnern, die bislang überhaupt noch nicht zahnpflegerisch erfaßt wurden.

Am Ende dieses Teils sei noch ein Bericht angeführt, der von der Medizinischen Abteilung des Preußischen Ministeriums des Innern herausgegeben worden ist.

„Die Zahl der **Zahnärzte** in Preußen hat sich um 283 — von 5732 auf 6015 — erhöht. Der Abstieg in den letzten fünf Jahren und die Verringerung der auf einen Zahnarzt fallenden Einwohnerzahl geht aus der nachstehenden Zusammenstellung hervor:

Jahr	Zahnärzte	Einwohner auf 1 Zahnarzt
1927	5391	7192
1928	5550	7025
1929	5619	7143
1930	5732	6859
1931	6015	6608

Von den 6015 Zahnärzten waren 4730 zum Dr. med. dent. promoviert. 877 waren in der Schulzahnpflege tätig — 27 weniger als im Vorjahre. Der Rückgang erscheint in der Finanznot der Gemeinden begründet. Die Wohnorte der Zahnärzte verteilen sich auf 1 304 Gemeinden — 77 mehr als im Vorjahre.

Die Zahlen der einzelnen Zahnärzte für die verschiedenen Regierungsbezirke und das zahlenmäßige Verhältnis zu den Zahntechnikern sind aus der anschließenden Tabelle VI ersichtlich (ich habe hier nur die Angaben für die Provinz Hannover wiedergegeben):

Tabelle VI

Zahnärzte und Zahntechniker.

Regierungsbezirk	Zahnärzte insgesamt	davon promoviert	in der Schulzahnpflege tätig	Zahntechniker insgesamt	davon staatlich geprüft	zur Krankenkassenpraxis sind zugelassen	in der Schulzahnpflege sind tätig
Hannover	174	167	28	334	148	167	5
Hildesheim	103	66	24	140	85	100	14
Lüneburg	82	63	19	183	82	114	—
Stade	37	29	10	109	74	81	1
Osnabrück	48	41	9	77	42	52	2
Aurich	39	38	3	40	21	20	—

Die wirtschaftliche Lage der Zahnärzte wird durchweg als günstig, zum Teil als gut bezeichnet, obwohl auch bei den Zahnärzten die Notverordnungen Einschränkungen im Einkommen aus der Kassenpraxis verursacht haben. Stellenweise haben die Zahnärzte unter der starken Konkurrenz der Zahntechniker zu leiden. Ebenso wie bei den Aerzten, macht sich die wirtschaftliche Notlage bei den noch nicht zur Kassenpraxis zugelassenen Zahnärzten besonders empfindlich bemerkbar.

Für Fortbildung ist durch Kurse und Vorträge gesorgt worden.

Die Zahl der Zahntechniker und Zahntechnikerinnen hat etwa im gleichen Verhältnis zugenommen wie die der Zahnärzte. Sie betrug im Berichtsjahre 10 868 (272 mehr als im Vorjahre) und in den letzten fünf Jahren:

1927	9005,	davon	7734	männl.	und	1271	weiblich
1928	9641,	„	8302	„	„	1339	„
1929	10301,	„	8890	„	„	1411	„
1930	10596,	„	9187	„	„	1409	„
1931	10868,	„	9420	„	„	1448	„

Gemäß § 123 der Reichsversicherungsordnung waren staatlich geprüft 4355 Zahntechniker — 3933 Zahntechniker und 422 weibliche — mithin 273 mehr als im Vorjahre.

Zur Krankenkassenpraxis waren zugelassen 5843 — 5209 männliche und 634 weibliche. — Die Zahl der zugelassenen ist im Berichtsjahre um 63 zurückgegangen.

In der Schulzahnpflege waren 323 Zahntechniker tätig, 91 weniger als im Vorjahre. Nur in den Regierungsbezirken Schneidemühl, Erfurt, Lüneburg, Aurich, Trier und Sigmaringen wurde die Schulzahnpflege ausschließlich von Zahnärzten ausgeübt.

Die Zahl der Wohnorte der Zahntechniker verteilt sich auf 2473 Gemeinden — 167 mehr als im Vorjahre."

Ueber die Zahl der Zahntechniker in den einzelnen Regierungsbezirken und ihr Verhältnis zu den Zahnärzten gibt die obenstehende Tabelle Auskunft.

„Die wirtschaftlichen Verhältnisse der Zahntechniker werden als befriedigend bis gut bezeichnet. Dürftig sind sie nur bei den nicht zur Kassenpraxis zugelassenen.

Ueberschreitungen der Befugnisse und Bestrafungen sind nur ganz vereinzelt vorgekommen. Es handelte sich um Reklame, unlauteren Wettbewerb und verbotene Titelführung."

Die öffentliche Zahnfürsorge in der Provinz Hannover.

Die Schulzahnpflege.

Wenn ich bei der Behandlung der öffentlichen Zahnfürsorge in der Provinz Hannover zuerst über den Stand der Schulzahnpflege berichte, so geschieht das aus dem Grunde, weil heute wohl allgemein unbestritten ist, daß sie in der gesamten zahnärztlichen Versorgung des deutschen Volkes die Hauptaufgaben zu bewältigen hat und somit im Kampf um die Hebung der Allgemeingesundheit in vorderster Front steht.

Ihr Wert wurde dementsprechend auch schon frühzeitig erkannt. Den Anstoß zur Entfaltung schulzahnärztlicher Tätigkeit gab der belgische Hofzahnarzt **Dr. Talma,** der in einer Schrift die Einrichtung von Schulzahnpflegestätten und die Anstellung von Schulzahnärzten durch den belgischen Staat forderte. Schon kurze Zeit darauf machte dieser Gedanke auch in Deutschland Schule, denn im Jahre 1852 setzte sich **Bruck** (Breslau) für die Durchsetzung dieser Forderung ein. Es sollte allerdings noch einige Zeit dauern, bis die staatlichen Organe den Wert dieser Gesundheitspflege einsahen.

Die Wendung führte eingehende Untersuchungen herbei, die in Hamburg und einigen anderen Städten von **Berten, Fenschel** und **Röse** an Schulkindern angestellt wurden, und die erstmalig die unhaltbaren Verhältnisse auf diesem Gebiet so recht vor Augen führten. Nach Angaben von **Möllmann** untersuchte **Fenschel** im staatlichen Waisenhaus zu Hamburg 335 Kinder und konnte dabei feststellen, daß nur 12 Kinder ein einwandfreies Gebiß hatten. Bei den anderen behandlungsbedürftigen Kindern betrug die Durchschnittszahl der erkrankten Zähne acht!

Börkel untersuchte in Elberfeld 3 987 Kinder beiderlei Geschlechts, und auch hier war das Ergebnis in jeder Beziehung traurig, denn nur 5 % der Kinder waren gesund.

Im Jahre 1897 stellte **Röse** bei 3 460 Kindern fest, daß von den Knaben nur 1,5 % und von den Mädchen nur 1 % ein einwandfreies Gebiß hatten.

Aber auch in den anderen Ländern waren die Verhältnisse keineswegs besser. **Mukay,** der Leiter der öffentlichen Zahnfürsorge in **Japan,** teilt mit, daß 88 % der Schulkinder Japans eine zahnärztliche Behandlung nötig gehabt hätten.

In **Polen** wurden in den Jahren 1920 bis 1922 100 000 Untersuchungen an Schulkindern angestellt, wonach von den Knaben 48 % und von den Mädchen 67 % behandlungsbedürftig waren.

In U. S. A. wurde von **Epling** festgestellt, daß 97 % der Kinder über 6 Jahren und 62 % der Kinder unter 6 Jahren schlechte Zähne hatten.

Nach **Ruin** wurden in Deutschland zum ersten Male im Jahre 1879 in **Kassel** Untersuchungen bei Schulkindern angestellt und 1883 in **Frankfurt a. M.** beamtete Schulärzte eingeführt. Die ersten Schulzahnärzte gab es zur gleichen Zeit in den Kadettenanstalten.

Die trostlosen Ergebnisse, die überall durch die Untersuchungen zu Tage traten, führten im Jahre 1902 zur Einrichtung der ersten Schulzahnklinik Deutschlands in **Straßburg** durch Professor **Jessen,** der somit als Vater der Schulzahnpflege anzusehen ist. Bald darauf folgte man in **Darmstadt** und mehreren anderen Städten seinem Beispiel.

Das Jahr 1909 brachte einen weiteren bemerkenswerten Fortschritt, indem sich jetzt alle Kreise zusammenschlossen und das „Deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen" gründeten, das dann durch energische und zielbewußte Arbeit die Grundlage geschaffen hat, auf der sich die Schulzahnpflege im Deutschen Reich bis zu der heute erreichten Höhe entfalten konnte, wodurch unser Vaterland auf diesem Gebiete der sozialen Fürsorge an die Spitze aller werdenden Kulturnationen rückte.

Hatten wir kurz vor dem Kriege 209 Orte, in denen Schulzahnpflege getrieben wurde, so brachte der Krieg selbst einen gewaltigen Rückschlag, der auch noch lange Zeit nach dem unglücklichen Ende zum völligen Stillstand führte. 1920 bestand nur noch in 195 Orten Schulzahnpflege.

Infolge der trostlosen wirtschaftlichen Lage, in die unser Vaterland nicht durch eigene Schuld geriet, blieb dieser Zustand der vollkommenen Erstarrung bis zum Jahre 1922 bestehen. Erst der Zwang, den die Erkenntnis der Notwendigkeit einer Erhaltung unserer Zähne ausübte, brachte die Wiederaufnahme der Bemühungen. Aber auch jetzt wurde vielfach noch lange Zeit herumgetastet, es wurde ohne jegliches System gearbeitet, und zudem sorgte das Fehlen der nötigen finanziellen Mittel dafür, um vorerst jeden sichtbaren Erfolg zu verhindern.

Der Zweck der Schulzahnpflege sollte der sein, das Kind nach seinem Eintritt in die Schule von den bestehenden Zahnschäden zu befreien und dafür zu sorgen, daß während der Schulzeit diese Schäden wenigstens auf ein Minimum herabgedrückt würden. Und dieser Zweck wurde nur ganz unvollkommen erreicht, da ja jegliche Erfahrung auf diesem Gebiete fehlte und zudem, wie oben gesagt, ohne System gearbeitet wurde. Der Besuch der Kliniken durch die Kinder war den Eltern anheimgestellt, und bei der mangelhaften Einstellung vieler Kreise zur Gesundheitspflege war es kein Wunder, daß die Kinder erst dann kamen, wenn es höchste Zeit war, d. h. wenn sie es vor Zahnschmerzen nicht mehr aushalten konnten. Dadurch wurde aber die Dauer der Behandlung stark in die Länge gezogen, da die Fälle in der Regel dann schon sehr kompliziert waren. Infolgedessen wurde die Zeit der wenigen Schulzahnärzte unverhältnismäßig stark in Anspruch genommen. Man

verzettelte sich mit langen Wurzelbehandlungen und dergleichen und zur Prophylaxe, dem eigentlichen Hauptzweck der heutigen planmäßigen Schulzahnpflege, blieb nur herzlich wenig Gelegenheit übrig.

Weiter bestand vielerorts das sogenannte Abonnentensystem, das den Eltern der Kinder die ganzen oder einen Teil der Kosten auferlegte. Dadurch wurden aber gerade die Kreise der Bevölkerung, denen man Erleichterung verschaffen wollte, nicht erfaßt. Denn von den wirtschaftlich weniger gut gestellten Eltern wurde ein solches Abonnement immer nur solange genommen, wie die Behandlung der größten Zahnschäden dauerte. Erneut wurde es natürlich auch immer nur dann, wenn die Kinder es vor Schmerzen nicht mehr aushalten konnten. Auch hierdurch wurden der Prophylaxe keine guten Dienste geleistet.

Erst **Kantorowicz** brachte System in dieses planlose Arbeiten. Schon lange Zeit, bevor andere Kreise sich ähnlichen Gedankengängen zuwandten, erkannte er während seiner Tätigkeit als Schulzahnarzt in Bayern vor dem Kriege die Erfolglosigkeit, zu der die ganze Schulzahnpflege auf Grund ihrer fehlerhaften Organisation auf die Dauer der Zeit verurteilt war. Er versuchte schon damals, nach einem planvollen, geregelten Sanierungsplan vorzugehen und ließ sich hierbei von der „Lehre von dem kleinen Loch" leiten, wie er es nannte. Er sagte sich, daß jede Kavität, sei sie auch noch so groß und kompliziert, einmal ein kleines Loch gewesen sein muß, das dementsprechend auch nur den Bruchteil an Behandlungsdauer erfordert haben muß als jetzt, wo die Verhältnisse weit komplizierter sind. Das würde natürlich einerseits die Nerven der Schulzahnärzte schonen, die Kinder würden viel lieber zur Schulzahnklinik kommen, da sie ja bei der Behandlung der „Punktkavität" so gut wie gar keine Schmerzen haben. Er forderte daher die frühzeitige Erfassung der Kinder, damit alle den geregelten Arbeitsgang hemmenden Einflüsse ausgeschaltet würden und die Kinder während ihrer Schulzeit vollständig saniert würden. Um auch den finanziell schwächeren Teilen der Bevölkerung Gelegenheit zur Mitarbeit zu geben, sollte diese Sanierung kostenlos stattfinden.

Es bildeten sich dann zur Durchführung seiner Vorschläge verschiedene **Systeme,** deren Wahl den einzelnen Schulzahnpflegestätten anheimgestellt bleibt, da Vorschriften hierfür nicht bestehen. Ueber sie soll weiter unten noch berichtet werden.

Die Wahl des Systems hängt natürlich von vielen Faktoren wie der finanziellen Lage der jeweiligen Kostenträger, Einstellung der betreffenden Schulzahnärzte u. a. m. ab, so daß es auch schwer ist, allgemein gültige Anweisungen zu geben.

Die einfachste Art schulzahnärztlicher Tätigkeit besteht darin, daß bei den mindestens jährlich einmal stattfindenden Reihenuntersuchungen durch die Schulärzte auch auf den Zustand der Zähne geachtet wird und die Kinder aufgefordert werden, die festgestellten Zahnschäden beseitigen zu lassen. Das geschieht meistenteils in der Weise, daß man den Kindern den Zahnbefund auf einen vorgedruckten Zettel notiert und sie auffordert, diese Mitteilungen ihren Eltern zu überreichen. Der Fehler

dieser Art der Schulzahnpflege liegt schon bei ihrer einfachen Schilderung auf der Hand, denn wieviele Zettel wandern nicht schon wieder in der nächsten Pause unter großem Halloh in den Papierkorb? So ist der Erfolg mehr als mager. Immerhin muß berücksichtigt werden, daß diese Wege überall dort gegangen werden, wo die betreffenden Kreise oder Gemeinden wegen ihrer finanziellen Notlage keine bessere Schulzahnpflege einrichten können. Es kann anerkannt werden, daß wenigstens der Versuch gemacht wird, Gesundheitspflege auf diesem Gebiet zu treiben, denn es gibt auch heute noch Gemeinden, die diese primitive Art der Schulzahnpflege nicht einmal versuchen.

Eine schon etwas erfolgreichere Methode besteht darin, daß die Stadt bei Einrichtung dieser sozialen Maßnahmen einen Zahnarzt anstellt, der selbst in den Schulen Untersuchungen vornimmt und den Eltern Mitteilung von seinem Befund macht. Die Behandlung wird dann von den Zahnärzten oder Nichtapprobierten des Ortes in freier Praxis und bei freier Arztwahl durchgeführt. Hierbei stellen sich natürlich bei solchen Eltern, die bei einer Krankenkasse versichert sind, keinerlei Schwierigkeiten in den Weg, da ja die Kostenfrage durch Uebernahme durch die Kasse gelöst ist. Ungünstig liegt der Fall da, wo die Eltern die Behandlungskosten selbst tragen müssen. Solche Eltern werden ihre Kinder sicher nur bei Auftreten von Schmerzen einer Behandlung zuführen, außerdem werden sicher nur die notwendigsten Zahnschäden abgestellt. Da den Eltern eine vollkommene Sanierung ihrer Kinder in der Privatpraxis in den meisten Fällen zu kostspielig ist und die Stadt bei den Nichtversicherten die Sanierungskosten auch nicht übernehmen wird, wird diese also unterbleiben.

Am besten ist es, wenn die Kinder in einer Schulzahnklinik behangelt werden. Diese Schulzahnklinik wird von hauptamtlichen oder nebenamtlichen Zahnärzten geleitet. Die Untersuchungen werden meistenteils in der Schule durchgeführt und die behandlungsbedürftigen Kinder dann am besten durch eine Helferin oder Schwester in die Klinik und nach der Behandlung wieder in die Schule gebracht, wie das auch in der Schulzahnklinik in Hannover der Fall ist. Auf dem Lande, wo sich die Einrichtung einer Schulzahnklinik wegen der geringen Kinderzahl nicht lohnt, hat man diesen Mangel durch Einrichtung einer automobilen Klinik abzustellen versucht. Eine große Streitfrage bildet die rechtzeitige Erfassung der Kinder, ferner die Behandlung in der Klinik oder in freier Praxis und der Umfang der schulzahnärztlichen Behandlung. Hier streiten vor allen Dingen die drei Systeme miteinander, die ich jetzt mit ihren Vor- und Nachteilen besprechen möchte.

Bei dem **Mannheimer** System werden die Kinder in der Schule vom 5. Schuljahre an von Zahnärzten untersucht und in freier Praxis behandelt. Hier liegt der große Nachteil darin, daß sie erst im 10. oder 11. Lebensjahre der Behandlung zugeführt werden. Die Folge davon ist, daß einerseits das Milchzahngebiß überhaupt nicht beobachtet werden kann und daß weiter die bleibenden Zähne, die vor dem 10. Lebensjahre durchbrechen, erkrankt sind und oft schon mit sehr starker Karies

zur Behandlung kommen. So müssen nach Erhebungen von **Kantorowicz** ca. 25 % der bleibenden Molaren gezogen werden und weitere 10 % sind nur noch durch Wurzelbehandlung zu erhalten. Wenn man bedenkt, daß gerade die ersten Molaren, die mit 6 Jahren durchkommen, Platzhalter für die bleibenden Zähne sind, kann man ermessen, welcher Schaden dem Kinde durch die so früh erforderliche Extraktion dieser Zähne zugefügt wird. Denn die meisten Stellungsanomalien werden gerade durch zu vorzeitige Extraktion der Milchzähne oder der ersten bleibenden Zähne hervorgerufen.

Aus dieser Erkenntnis heraus ist das **verbesserte Mannheimer System mit planmäßiger Sanierung entstanden.** Danach sollen die Kinder schon im ersten Schuljahre und dann später halbjährlich untersucht werden. Die Behandlung soll in freier Praxis durchgeführt werden. Hat schon diese Art der Behandlung ihre Nachteile, so ist dabei ferner zu bedenken, daß den Kindern ebenso wie bei den Reihenuntersuchungen durch Schulärzte Ueberweisungskarten mitgegeben werden, auf denen der Befund angezeigt ist. Eine Kontrolle, ob die Kinder dann wirklich einen Zahnarzt aufsuchen, wird auch hier nicht ausgeübt. Nach Untersuchungen von **Müller-Voigt** ließen sich nur 12,5 % der Schulkinder wirklich behandeln. **Schenk** (Bonn) stellte bei 2 000 Kindern der obersten Klassen, die nach diesem System behandelt wurden, fest, daß 97,2 % im Durchschnitt 6 erkrankte Zähne hatten. Dieses Ergebnis wirkt wahrhaftig nicht ermunternd, und es ist daher kein Wunder, daß dem Mannheimer System im Laufe der Jahre viele Gegner erwachsen sind.

Bei dem **Frankfurter** System, das die Kinder, auch wieder erst vom 11. Lebensjahre an, in einer hauptamtlich versorgten Schulzahnklinik saniert wissen will, liegen die Fehler auf der gleichen Linie. Daß hier die maßgeblichen Stellen zur Einsicht gekommen sind, ersieht man daraus, daß die Stadt Frankfurt jetzt zum Bonner System übergehen will.

Am weitesten ist man bislang noch mit dem **Bonner System** gekommen, das von Kantorowicz erdacht und eingeführt wurde. Diese Art der Schulzahnpflege ist heute auch in Deutschland überall zu finden. Die Grundsätze bestehen in einer restlosen kostenfreien Sanierung der Schulkinder im Verlaufe ihrer Schulzeit. Hierbei erfolgt eine halbjährliche Untersuchung. Die bleibenden Zähne werden alle behandelt und die Milchzähne nur soweit, als sie Schmerzen verursachen oder durch Karies das bleibende Gebiß gefährden. Nach dem Idealzustande dieser Behandlungsweise müssen Extraktionen natürlich zur Seltenheit gehören. Nach den Angaben der Bonner Klinik sollen bei diesem System 96 % aller Kinder erfaßt und saniert werden. Diese Angaben bestätigen sich auch durch die Erfolge, die in der Schulzahnklinik in Hannover im letzten Jahre erzielt worden sind, wo von den Ja-Kindern, deren Eltern sich mit der Untersuchung und Behandlung durch die Schulärzte einverstanden erklärten, ca. 97 % saniert wurden. So kann man also von diesem System ohne Uebertreibung behaupten, daß es in sozialhygienischer Beziehung die besten Erfolge zeitigt. Unterstrichen wird diese An-

sicht durch die Tatsache, daß die meisten Städte und Ortschaften, die sich eine systematische Schulzahnpflege finanziell erlauben können, dieses System eingeführt haben.

Bei dieser Gelegenheit soll auch über die für die Ausübung der Schulzahnpflege in Frage kommenden Behandlungsstätten einiges gesagt werden.

Angefangen bei den kleinen und kleinsten Kreisen und Gemeinden, ergeben sich hier für die Durchführung des Betriebes entschieden größere Schwierigkeiten als in den mittleren und großen Städten. Hier lohnt sich wegen der meist geringen Kinderzahl die Einrichtung einer festen Klinik nicht. Eine Zusammenfassung mehrerer Ortschaften unter einer Klinik bereitet infolge der großen Entfernungen und ungenügenden Verkehrsmöglichkeiten auch Schwierigkeiten. Hier ist die automobile Schulzahnklinik das einzig gegebene. Erfunden hat den Gedanken dieser Wanderkliniken, früher nahm man einen von Pferden gezogenen Wagen, **Scherer** aus **Dortmund,** der sie zum erstenmal im Landkreise **Dortmund einführte.**

Mit dieser automobilen Klinik wird man also in ganz kleinen Orten an die Schulen heranfahren, in etwas größeren werden die Kinder durch eine Schwester oder Helferin zur Klinik abgeholt und nach erfolgter Untersuchung und Behandlung wieder in die Schule zurückgebracht.

In mittleren und größeren Städten bis ungefähr 120 000 Einwohner kommt nur die **Zentralklinik** in Betracht. Hier kann die Untersuchung schon von der Behandlung getrennt in der Schule selbst stattfinden, von wo aus dann die Kinder zum festgesetzten Termin in die Klinik geholt werden. Zweckmäßig ist die Einrichtung von zwei Wartezimmern, da die behandelten Kinder die noch wartenden in den meisten Fällen einschüchtern und so ihre Behandlung unnütz erschweren.

In den ganz großen Städten, in denen durch die weiten Entfernungen die Behandlung von einem Mittelpunkt aus nicht mehr möglich ist, wird der Betrieb am besten geteilt, d. h. man teilt die Stadt in einzelne Bezirke auf und errichtet auf eine bestimmte Anzahl Kinder, beispielsweise 6 000, eine neue Station. Oft werden diese Nebenstellen, die, abgesehen von der Abhängigkeit von der Hauptklinik, vollkommen selbständig arbeiten, in einer Schule des Bezirkes eingerichtet. Dadurch werden die langen Anmarschwege vermieden und ein reibungsloser Betrieb während der Unterrichtsstunden gewährleistet. Diese Art der Aufteilung in Bezirke nennt man **dezentralisierte** Schulzahnpflege.

Ein Wort noch über den Angelpunkt der ganzen Schulzahnpflege, die Kostenfrage. Daß für die Finanzierung der Staat, die Gemeinden, Kreise, Krankenkassen und schließlich die Eltern der Kinder selbst aufkommen, hatte ich schon in meiner Einführung gesagt. Wichtig ist aber zu betonen, daß die finanzielle Unterstützung durch Staat und Gemeinden nur eine „Kann"-Vorschrift, also kein Zwang ist.

Auch die Krankenkassen kommen vielfach, obwohl auch sie nicht gesetzlich dazu verpflichtet sind, für die Kosten der Schulzahnpflege auf. Sie lassen sich bei dieser Unterstützung von der Erkenntnis leiten, daß

die jungen Leute, wenn sie nach der Schulentlassung in das Berufsleben eintreten, durch die Schulzahnpflege schon ein einigermaßen gutes Gebiß aufweisen. So handeln auch sie im besten Sinne prophylaktisch, ganz abgesehen von den wirtschaftlichen Vorteilen, die ihnen für längere Zeit durch Ausfall kostspieliger Wurzelbehandlungen, Zahnextraktionen mit nachfolgendem künstlichen Zahnersatz geboten werden.

Die Eltern sind moralisch und rechtlich verpflichtet, gesundheitliche Schäden von ihren Kindern fernzuhalten. Aber das ist bei den heutigen schlechten Zeiten fast ein Traumbild. Denn wenn auch vielfach der gute Wille vorhanden ist, so stößt die Ausführung des Vorhabens wegen der zu hohen Kostenfrage auf Schwierigkeiten.

Im allgemeinen besteht Schulzahnpflege nur in den Volksschulen, doch ist sie an einigen Orten auch ausgedehnt auf Berufs-, Mittel- und höhere Schulen, was sich jeweils nach den finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten richtet.

Die Wirtschaftskrise hat natürlich auch ihre Auswirkungen auf die Schulzahnpflege gehabt. Oft ist sie in ihrer Entwicklung nur gehemmt, und das sind noch die günstigeren Fälle. An anderen Stellen, namentlich auf dem Lande, ist sie völlig zum Erliegen gekommen. Man hat Schulzahnärzte, die oft schon jahrelang im Betriebe tätig waren, ihn oft sogar aufgebaut haben, entlassen müssen oder man hat sie auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge von Wohlfahrtsempfängern, Erwerbslosen oder dergl. weiterbeschäftigt. An vielen Stellen ist man auch dazu übergegangen, die Schulzahnkliniken ihrem ursprünglichen Aufgabenkreis zu entziehen und sie für die Behandlung Erwachsener auf Grund der Fürsorgepflicht zu benutzen. So kann nur der dringende Wunsch ausgesprochen werden, daß mit der augenblicklichen wirtschaftlichen Beruhigung auch diese Erscheinungen einer trüben Zeit liquidiert werden.

Erfreulich ist es jedenfalls, zu betonen, daß die Behörden heute den Wert der Schulzahnpflege erkannt haben und ihn zu würdigen wissen. So weiß **Ruin** von einem Schreiben des Reichsarbeitsministeriums vom Oktober des Jahres 1931 an die Spitzenverbände der Krankenkassen zu berichten, das eine gutachtliche Aeußerung des Reichsversicherungsamtes enthält. Danach ist die Sanierung der Zähne durch die planmäßige Schulzahnpflege bedeutend zweckmäßiger und billiger als die spätere Behandlung auf dem Wege der Versicherung. Weiter weist das Ministerium für Volkswohlfahrt in einem Rundschreiben vom Januar 1932 darauf hin, daß bei den Sparmaßnahmen eine Gefährdung der Grundpfeiler der vorbeugenden Fürsorge, wobei die Schulzahnpflege ausdrücklich erwähnt wird, nach Möglichkeit zu unterlassen ist.

Wegen seiner grundsätzlichen Bedeutung sei hier noch ein Runderlaß des damaligen Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom Dezember 1928 wiedergegeben, in dem dieser zu der Frage der Ausübung der Schulzahnpflege durch Nichtapprobierte entscheidend Stellung nimmt. Es heißt darin u. a.:

„Gerade bei den Kindern ist es wichtig, die konstitutionellen Zusammenhänge bei Erkrankungen der Zähne, der Mundhöhle und der Kiefer rechtzeitig zu erkennen. Hierzu ist zweifellos der wissenschaftlich vorgebildete Zahnarzt besser imstande als der Zahntechniker, dessen Ausbildung in der Hauptsache auf technischem Gebiete liegt. Ich finde mich hierin in Uebereinstimmung mit dem Herrn Reichsminister des Innern. Es muß demnach auch grundsätzlich weiterhin daran festgehalten werden, daß im allgemeinen die Ausübung der Schulzahnpflege nur den approbierten Zahnärzten übertragen wird. Ausnahmsweise können aber in Ortschaften, in denen keine Zahnärzte vorhanden sind, oder sich bei Uebertragung der Schulzahnpflege an einen approbierten Zahnarzt unüberwindliche Schwierigkeiten ergeben, andererseits aber zuverlässige Zahntechniker zur Verfügung stehen, bis auf weiteres auch Zahntechniker zur Ausübung der Schulzahnpflege herangezogen werden. Ich habe hiergegen keine Bedenken und, sofern die Tätigkeit der betr. Zahntechniker zu Klagen keinen Anlaß gegeben hat, auch keinen Grund, auf baldige Lösung eines unter solchen Umständen mit einem Zahntechniker zustande gekommenen Vertrages zu dringen, sobald späterhin an einem solchen Orte die Möglichkeit der Uebertragung der Schulzahnpflege an einen approbierten Zahnarzt gegeben ist. Ich beabsichtige also nicht, den Besitzstand solcher Zahntechniker zu schmälern.

Im übrigen muß es in diesen Fällen der selbständigen Entschließung der Gemeinden pp. überlassen bleiben, ob sie aus Billigkeitsgründen das Erlöschen des mit einem Zahntechniker geschlossenen Vertrages abwarten, oder den Vertrag zu Gunsten eines approbierten Zahnarztes vorzeitig lösen wollen.

Zu einem weiteren Entgegenkommen gegenüber den Zahntechnikern mich zu entschließen, bin ich nicht in der Lage. Die Trennung der Munduntersuchung der Schulkinder von der Zahnuntersuchung kann nur als ein Notbehelf angesehen werden. Ich muß es mir schon aus diesem Grunde versagen, eine solche Teilung durch eine allgemeine Verfügung zu billigen. Außerdem ist auch der approbierte Arzt (Schularzt), nach seiner Ausbildung (ärztliche Approbation ist nicht gleich der zahnärztlichen) nicht immer geeignet, Mund- und Kiefererkrankungen selbst bezw. ihre Zusammenhänge mit Erkrankungen und Veränderungen des Gesamtorganismus richtig zu erkennen. Die gedachte Arbeitsteilung würde ferner aus dem Grunde nicht gutgeheißen werden können, weil auch zwischen Zahnerkrankungen und Mundkrankheiten Zusammenhänge bestehen, die bei getrennter Behandlung nicht genügend berücksichtigt werden oder zu Weiterungen zum Nachteile des Kindes führen können."

Aus diesem an den Reichsverband Deutscher Dentisten gerichteten Schreiben geht eindeutig hervor, daß auch behördlicherseits eine Ausübung der Schulzahnpflege durch Nichtapprobierte für nicht wünschenswert gehalten wird.

Diesen allgemeinen Auslassungen über die Schulzahnpflege soll nun ein Ueberblick über die Versorgung der Provinz **Hannover** nach dieser Richtung folgen.

Die Unterlagen hierfür wurden beschafft durch Aussendung von Fragebogen an die Schulärzte und Zahnärzte der Provinz, die nach Angaben des Deutschen Zahnärztebuches 1932/33 in der Schulzahnpflege tätig waren. Ferner standen mir die bei den Regierungen in Hannover, Hildesheim, Lüneburg, Stade, Aurich und Osnabrück zusammengefaßten Jahresgesundheitsberichte, in denen die Schulzahnpflege weitgehend berücksichtigt wird, zur Verfügung. Von den ausgesandten Fragebogen wurde die Mehrzahl beantwortet. Die Angaben waren hinsichtlich ihrer Verwendbarkeit naturgemäß sehr verschieden, teilweise sehr korrekt, teilweise ungenau, so daß ihre Auswertung nicht in jeder Beziehung vollkommen sein konnte.

Ihren Eingang fand die Schulzahnpflege in der Provinz Hannover im Jahre 1907, als der damalige Landkreis **Linden** dazu überging, Zahnärzte mit der Zahnfürsorge in den Schulen zu betrauen. Meines Wissens ist Linden überhaupt einer der ersten preußischen Landkreise gewesen, die die Schulzahnpflege eingeführt haben.

Zur Zeit der Erhebungen für diese Arbeit bestanden in der Provinz Hannover fünf Schulzahnkliniken und zwar in

1. Hannover,
2. Lüneburg,
3. Harburg-Wilhelmsburg,
4. Dannenberg-Elbe,
5. Hoya.

Die letzte Klinik in Hoya bestand in Form einer automobilen Schulzahnklinik.

In **Hannover** ist die Schulzahnpflege dem städtischen Wohlfahrtsamte unterstellt. Es bestehen zu ihrer Ausübung:

a) die Hauptzahnklinik,
b) 6 Bezirkskliniken.

In der Hauptzahnklinik befindet sich das Dienstzimmer des Direktors der Schulzahnpflege und das Lager der Medikamente, Instrumente usw. Ferner ist dort ein Röntgenlaboratorium und ein zahntechnisches Laboratorium für Zahnersatz (für die Wohlfahrtsempfänger) und Gebißregulierungen. Für diese im ganzen 7 Stationen stehen an Personal zur Verfügung: 7 Zahnärzte hauptamtlich, davon 5 mit Privatpraxisgenehmigung, 1 Techniker hauptamtlich, zu dessen Unterstützung 1 Fürsorgearbeiter, 7 Schwestern, 7 Helferinnen hauptamtlich.

Die Schulkinder werden auf Kosten des Wohlfahrtsamtes behandelt. Schulkinder, die Schmerzen haben, können jede städtische Zahnklinik, auch die Zahnpoliklinik, aufsuchen. Sie müssen dazu einen Ausweis des Lehrers mitbringen. Auswärtige Schüler können an der städtischen Zahnfürsorge nur mit Erlaubnis der Hauptstelle für Gesundheitsfürsorge teilnehmen. Eine Zuweisung von Kindern an Zahnärzte ist nur

für wenige Ausnahmefälle zugelassen und bedarf der vorherigen Begutachtung durch die Hauptzahnklinik und der Genehmigung der Hauptstelle für Gesundheitsfürsorge. Schulkinder, deren Eltern während der ersten beiden Grundschuljahre die Behandlung in der planmäßigen Schulzahnpflege ablehnten, werden in den städtischen Zahnkliniken nicht behandelt. Kinder, die sich von sich aus oder auf Anordnung der Eltern gegen die Schulzahnpflege ablehnend verhalten, können von der städtischen Erholungsfürsorge und ähnlichen Wohlfahrtseinrichtungen ausgeschlossen werden. In solchen Fällen, wo die Krankenkassen den Kindern ihrer Mitglieder im Wege der Familienfürsorge einen Anspruch auf Zahnbehandlung eingeräumt haben, werden die Kosten der schulzahnärztlichen Behandlung durch das Wohlfahrtsamt von den betr. Kassen eingefordert.

In den städtischen **Volksschulen** wird unentgeltlich planmäßige Schulzahnpflege betrieben. Sie ist noch im Aufbau begriffen, so daß einige Klassen noch nicht erfaßt sind. Sämtliche Kinder der zur planmäßigen Schulzahnpflege gehörenden Klassen werden in jedem Halbjahre zahnärztlich untersucht. Der untersuchende Arzt teilt dem Schulleiter eine Woche vorher den Untersuchungstag mit. Zur Untersuchung selbst werden Zahnkarten mitgebracht, in die die Gebißbefunde eingetragen werden. Bei der Untersuchung soll der Zahnarzt mit dem Klassenlehrer allgemeine Fragen der Schulzahnpflege besprechen. Allen Kindern wird zu Beginn der Schulzeit eine Mitteilung an die Eltern mitgegeben, die die Anfrage enthält, ob Behandlung in der städtischen Zahnfürsorge gewünscht wird. Die Antworten werden in der Zahnklinik gesammelt. Die zahnkranken Kinder, deren Eltern einverstanden sind, die sog. Versorgungskinder, werden dann zur Behandlung bestellt. Nötigenfalls werden die Kinder durch eine Helferin zur Schulzahnklinik abgeholt. Kinder, die bei der Schuluntersuchung fehlten, werden mit den zu behandelnden Kindern zur Untersuchung geholt. Den Eltern, die eine Behandlung in der Schulzahnpflege nicht wünschen, werden Zahnerkrankungen ihrer Kinder mitgeteilt. Nach Ablauf des zweiten Schuljahres dürfen solche Kinder dann nur noch mit Genehmigung der Hauptstelle für Gesundheitspflege aufgenommen werden.

Ueber den Stand der planmäßigen Schulzahnpflege in den Volksschulen Hannovers im Jahre 1931/32 soll im folgenden berichtet werden. Die Angaben entstammen einem Bericht des Direktors der städtischen Zahnfürsorge, **Prager.**

32 200 Kinder hatten im Jahre 1931/32 das Recht auf schulzahnärztliche Behandlung. 25 812 haben von diesem Recht Gebrauch gemacht, 6 388 nicht. Und von den 25 812 haben nur 404 (Tabelle 7, Sp. 5 u. 6) noch kranke Zähne, von den 6 388 aber 3 609 (Tabelle 7, Sp. 4).

Nichts kann wohl besser die Notwendigkeit der schulzahnärztlichen Tätigkeit beweisen als diese Zahlen.

3 609. Diese Zahl wird sicher noch gewachsen sein. Aber es kann kein Mensch helfen, wo die Eltern die Annahme der Hilfe ablehnen.

Die wirtschaftliche Not mochte Schuld sein, daß viele Kinder trotz dringenden Rates keinen Zahnarzt aufsuchten. Wo aber Eltern solcher Kinder, veranlaßt durch Arbeitslosigkeit oder sonstige wirtschaftliche Not, darum baten, nachträglich ihre Kinder in Behandlung zu nehmen, wurde es getan. Das war oft der Fall. Blieben noch im Jahre 1930/31 von 1 000 Kindern 223 der Schulzahnklinik fern, so waren dies im Jahre 1931/32 nur noch 198. Dadurch war die Zahl der Versorgungskinder im Berichtsjahre stärker gewachsen als durch Hinzunehmen eines neuen Jahrganges von Schulanfängern. Leider drückt das starke Anwachsen der Zahnkrankheiten bei den nicht durch die Schulzahnpflege erfaßten Kindern die letzte Zahl der Tabelle VII, Sp. 8 um 1,3% herab, eine Verschlechterung nicht bei den Zähnen der Patienten, sondern außerhalb des praktischen Arbeitsgebietes. Die der Schulzahnpflege anvertrauten Kinder wurden zu **98,44 % saniert gegen 97,47 % im Jahre 1930/31!!** Ich glaube, das ist ein guter Erfolg der Arbeit. Außerdem kann betont werden, daß dieser Prozentsatz noch höher ist als der in der **Bonner** Klinik erzielte.

Tabelle VII, Stand der Schulzahnpflege.

Ber. Jahr	Schuljahrgänge	Zahl d. Kinder	Von diesen haben nicht gesunde Zähne, weil: d. Eltern nicht einverstanden, prw. Behandl. nicht durchführbar war	sie in der Schule fehlten	sie widerspenstig waren	jetzt einschl. d. gefüllt. Zähne gesunde Zähne: absolut	prozentual
1	2	3	4	5	6	7	8
27/28	1—4	13 482	3 318	294	101	9 769	72,5 %
28/29	1—5	21 043	3 363	338	109	17 233	81,8 %
29/30	1—6	25 592	3 940	173	29	21 540	83,8 %
30/31	1—7	29 257	2 905	553	28	25 771	88,8 %
31/32	1—8	32 200	3 609	381	23	28 187	87,5 %

Die Arbeit selbst zeigt die nächste Tabelle. Das im Vorjahre erwartete Anwachsen der Leistungszahlen ist eingetreten, allerdings weit mehr als erwartet, und die planmäßige Entwicklung der Schulzahnpflege rechtfertigt zum Beispiel das Steigen der Wurzelfüllungen um ein Drittel nicht. Die Ursache ist schon erwähnt: die vielen Kinder, deren Eltern früher die Kosten der Zahnbehandlung selbst getragen hatten, und die nun übernommen wurden. An den Gebissen dieser Kinder war meistens lange nichts geschehen. Die Krankenkassen behandeln diese Kinder nicht mehr, die Eltern hoffen auf eine Besserung ihrer wirtschaftlichen Lage und schieben die nötige Zahnbehandlung ihrer Kinder immer wieder hinaus. So zerfallen die Zähne, bis sie unerträglich schmerzen und sie abgetötet und wurzelbehandelt oder gezogen werden müssen.

Die Erfahrungen mit dem Füllen der Milchzähne sind in der Schulzahnklinik in Hannover nach Aussage des Direktors, nicht die

besten. Immer sieht man an Milchzähnen, die in der dortigen Klinik oder in der Privatpraxis gefüllt wurden, eitrige Entzündungen auftreten, trotz technisch und ärztlich einwandfreier Arbeit. Selbst die eigens für Milchzahnfüllungen angefertigten Zemente üben anscheinend auf das Mark dieser Zähne noch einen zu starken Reiz aus, so daß es nach Entzündungserscheinungen leicht zerfällt. Infolgedessen senkte man die Zahl der Füllungen und verwandte sie nur da, wo sie entweder unumgänglich nötig oder infolge erst geringer Zahnfäule unbedingt einwandfrei in der Heilwirkung schienen.

Tabelle VIII, Leistungen

Ber. Jahr	Füllungen in:		Davon mit Wurzelbehandlung:		Entfernungen von.	
	bleib. Zähnen	Milchzähnen	bl. Zähne	Milchzähne	bleib. Zähnen	Milchzähnen
1	2	3	4	5	6	7
27/28	12 228	4 341	512	288	55	2 805
28/29	15 526	1 829	668	67	173	5 134
29/30	17 207	687	843	58	314	7 072
30/31	13 602	649	896	59	398	6 777
31/32	16 441	513	1 233	26	616	8 622

Das sind die Erfolge und Leistungen, die aus den Tabellen sprechen. Vorzüglichen Erfolg hatte man mit der Behandlung von Gaumenspaltlern. Diese außerordentlich zeitraubenden und schwierigen Fälle lohnten die auf sie gewandte Mühe reichlich. Auch Kieferdehnungen und Regulierungen der Zähne hatten Erfolg. In einigen Fällen, wo die Regulierungen aus gesundheitlichen Gründen nötig waren und die Eltern die Mittel zur Ausführung der Arbeiten nicht hatten, wurde die Behandlung kostenlos vorgenommen. Wesentliche Hilfe leistete ein Röntgenapparat, mit dem ungefähr 500 Aufnahmen gemacht wurden.

In den **Mittel-** und **höheren** Schulen Hannovers wurden die Kinder der Klassen Sexta bis Untertertia jährlich vom Schulzahnarzt in der Schule untersucht, das sind also alle Jahrgänge, die dem Alter der Volksschulkinder entsprechen. Auch hier wird der Untersuchungstag eine Woche vorher der Schulleitung mitgeteilt. Bei den Untersuchungen wird den zahnkranken Kindern eine Mitteilung an die Eltern über die Notwendigkeit zahnärztlicher Behandlung ausgehändigt, die, von den Eltern unterschrieben, der Schule zurückgegeben wird. Die Hauptzahnklinik, der diese Ueberwachung obliegt, kann sie mit Genehmigung der Hauptstelle für Gesundheitsfürsorge auf weitere Schuljahrgänge ausdehnen.

Die Untersuchungen wurden im Berichtsjahre vom Direktor der städtischen Schulzahnpflege allein ausgeführt, um eine ganz gleichmäßige Beurteilung aller Kinder zu erhalten. Dabei wurde erstmalig versucht, Zahlenmaterial zu sammeln über den Zustand der Gebisse

in den gehobenen Schulen und weiter über die Wirkung der planmäßigen Schulzahnpflege auf den Zahnzustand in diesen Schulen. Schulzahnärztlich setzen sich die Schüler gehobener Schulen zusammen:

a) aus solchen, deren Eltern es vorgezogen, ihr Kind in Privatbehandlung statt in schulzahnärztliche Behandlung zu geben,

b) aus solchen, die vier Jahre schulzahnärztlich behandelt wurden,

c) aus solchen, die statt der Volksschule die Privatschule besuchten, also nie vom Schulzahnarzt untersucht worden waren,

d) aus solchen, die nur zum Besuch der höheren Schule nach Hannover gekommen sind, deren Eltern auswärts wohnen und die also gleichfalls an der Schulzahnpflege in Hannover keinen Anteil hatten.

Es wurden bei den Untersuchungen die kranken bleibenden Zähne und die gesunden Gebisse gezählt und im zahnärztlichen Gebißschema für jedes Kind einzeln gebucht. So erhielt man ein Doppelergebnis, das aber durchaus verschiedenartig sein konnte. Denn es ist ja nicht gesagt, daß eine Klasse mit viel gesunden Gebissen auch wenig kranke Zähne hat. Es können unter den kranken Gebissen einige derartig erkrankt sein, daß sechs bis acht Zähne kariös sind. Dann sind in dieser Klasse trotz wenig kranken Gebissen doch viel kranke Zähne vorhanden. Auf der anderen Seite zeigt eine Klasse, bei der an fast jedem Gebiß nur eine Kleinigkeit auszusetzen ist, eine hohe Zahl kranker Gebisse, aber nur verhältnismäßig wenig kranke Zähne. So ist diese Nebeneinanderstellung sehr wesentlich, denn die am schlimmsten zerfallenen Gebisse zeigten sich z. B. bei den nichthannoverschen Schülern, den auswärtigen, die täglich zur Schule fahren.

Aber auch noch andere Fragen scheinen wert, geklärt zu werden. Ist in den gehobenen Schulen, bei den Kindern höherer Schulbildung auch der Zustand der Zähne und ihre Pflege im Verhältnis zu den Volksschulen gehoben? Besonders interessierte diese Frage, da ja viele Kinder früher schon in der Schulzahnpflege erfaßt waren; frühere Volksschüler, die nach vier Behandlungsjahren mit gesundem Gebiß zur gehobenen Schule entlassen worden waren. Diese Kinder hatten also früher freie Behandlung. Mit dem Eintritt in die gehobene Schule gingen die Kinder des Vorteils der freien Behandlung verlustig, und den Eltern entstanden neben den höheren Erziehungskosten auch hier noch geldliche Anforderungen. So war es doch lehrreich, festzustellen, wie weit die vierjährige Vorarbeit Erfolg gehabt hatte, denn diesen kann sie doch nur völlig zeigen, wenn die Zahnpflege auch die nächsten Jahre fortgesetzt wird.

Das Ergebnis der Untersuchung war überraschend. In keiner Schule und in keinem Jahrgang ist der Zustand der Gebisse auch nur annähernd so gut wie in den Volksschulen. Durchschnittlich haben nur 56 % der Kinder gehobener Schulen gegenüber 88,8 % der Volksschul-

kinder ein gesundes Gebiß. Und es verschlechtert sich das Gebiß, je höher die Klasse ist:

64 % in der Sexta,
60 % in der Quinta,
53 % in der Quarta,
45 % in der Tertia

hatten ein gesundes Gebiß.

Gliedert man die Schulen nach Gruppen, so stehen die Lyzeen und Mittelschulen am besten, Stadttöchterschulen und höhere Knabenschulen weit schlechter.

Bei der dritten Gliederung endlich in schulzahnklinische und Privatpatienten zeigt es sich, daß die Patienten, die ehemals schon einmal in der Schulzahnpflege erfaßt waren, zu 72 % gesunde Gebisse und auf 100 Kinder 45 kranke Zähne hatten, gegenüber nur 49 % gesunder Gebisse und 112 kranker Zähne auf 100 der Kinder, die die Schulzahnklinik nicht besuchten und noch nicht besucht hatten. Dieses Verhältnis ist in allen Schulen ungefähr dasselbe. Auch bei den früher in der Schulzahnklinik behandelten Kindern verschlechterten sich die Gebisse, je länger sie von der Volksschule und damit von der Behandlung in der Klinik fern sind. Im Ganzen wurden 4541 zu behandelnde Zähne gefunden, davon 742 bei ehemaligen Schulzahnpflegekindern.

Die letzte Frage nach der Eigenpflege der Zähne durch das Kind brachte dem schlechten Untersuchungsergebnis entsprechende Antworten. In einer höheren Knabenschule erklärten von 384 Knaben bis einschließlich Obertertia 213, daß sie sich am Untersuchungstage die Zähne nicht geputzt hatten, obgleich ihnen die Untersuchung bekannt war! In einer anderen von 283 : 112, in einem Lyzeum hatte bis zur Quarta nur die Hälfte der Mädchen die Zähne geputzt! Die regelmäßige tägliche Zahnpflege wird dementsprechend sein.

Die Untersuchung zeigte also einen außerordentlichen Zustand der Gebisse und der Eigenpflege, der noch sehr viel schlechter wäre, wenn die planmäßige Zahnpflege in den Volksschulen nicht schon so weit wäre, daß sie einen ansehnlichen Teil guter Gebisse zu den schlechten der Privatschulen und der Kinder, die in der Volksschule fernblieben, dazu stellte.

Höhere Schulbildung bedingt also nicht immer bessere Zahnpflege.

Die Volksschulen sind hier den gehobenen Schulen überlegen. Ebensowenig hat gute Zahnpflege etwas mit guter Vermögenslage zu tun. Die Kinder der Privatschulen und die, die zwar Volksschüler waren, aber die Behandlung in der Klinik ablehnten, haben gerade die schlechteren Gebisse.

Versucht man, den Ursachen des schlechten Untersuchungsergebnisses auf den Grund zu gehen, so findet man nach dieser Erstuntersuchung noch keine zufriedenstellende Antwort. Vielfach ist ja der Einfluß der Schulzahnpflege von früher her noch deutlich zu erkennen. So waren

in einer Schule, die die besten Gebisse zeigte, über die Hälfte der Kinder frühere Schulzahnpflegekinder. Doch erklärt dies allein den besseren Gesundheitszustand der Zähne dort noch nicht, denn in einer ebensogut dastehenden Schule hatten nur 19 Kinder früher die Schulzahnklinik besucht. Mit dem so oft genannten höheren Bildungsniveau der Eltern kommt man erst recht nicht weiter.

Aber das eine kann ganz allgemein gesagt werden: Ein so schlechter Zahnzustand ist, abgesehen von einigen Fällen geldlichen Unvermögens, nur möglich bei ganz mangelhaftem Interesse der Eltern und dadurch auch der Kinder.

An dieser Stelle seien auch einige Worte über die zahnärztliche Versorgung der **Kleinkinder** in Hannover gesagt: Diese werden der Kinderzahnklinik (Bezirksklinik) zugewiesen, die für den Wohlfahrtsbezirk, in dem sie wohnen, zuständig ist. In der Klinik werden sie in ähnlicher Weise wie die Schulkinder behandelt.

Anschließend folgt eine schematische Zusammenfassung der Berichte über die Schulzahnpflege in der Stadt Hannover:

Träger der Schulzahnpflege: Wohlfahrtsamt Hannover.

Personal: 7 Zahnärzte hauptamtlich, 1 Techniker hauptamtlich, zu d. Unterstützung 1 Fürsorgearbeiter, 7 Schwestern, 7 Helferinnen hauptamtlich.

Untersuchungen: Volksschulen: alle Jahrgänge halbjährlich, städt. höhere Schulen Jahrgänge Sexta—Untertertia jährlich.

Gesamtzahl der untersuchten Kinder 1931/32: Volksschulen: 32 200, höhere Schulen 5099.

Gesamtzahl der Schulkinder 1931/32: Volksschulen 35 180, höhere Schulen 7 779.

Gesamtzahl der behandelten Kinder: Volksschulen: 13 334.

Gesamtzahl der sanierten Kinder: 25 408 (diese Zahl ist gleich gesunde Versorgungskinder am Schluß des Berichtsjahres).

Poliklinische Behandlung: hauptsächlich höhere Schulkinder, die jedoch nach Möglichkeit auch saniert wurden.

Leistungen: Füllungen an Milchzähnen 513, Füllungen an bleibenden Zähnen: 16 441, Extr. von bleib. Zähnen: 616,

außerdem Regulierungen, 500 Röntgenaufnahmen und Operationen an Gaumenspaltlern zusammen mit dem Chirurgen des Krankenhauses.

Ueber die städtische Schulzahnklinik in **Lüneburg** ist folgendes zu berichten: Träger der Schulzahnpflege ist die Stadt Lüneburg, außerdem müssen die Eltern der Kinder, die Minderbemittelten ausgenommen, jährlich RM. 1,— Beitrag zahlen. An Personal stehen 1 nebenamtlicher Zahnarzt und 1 Wohlfahrtspflegerin zur Verfügung. Untersucht werden jährlich alle Jahrgänge der Volksschulen, systematisch erfaßt jedoch nur die ersten vier Jahrgänge. Von ca. 3 300 Schulkindern wurden im Jahre 1931/32 1 926 behandelt, darunter 267 poliklinisch. 1 887 Kinder wurden saniert. An Leistungen ist folgendes zu vermer-

ken: 18 Zahnreinigungen, 174 Injektionen, 2 Rauschnarkosen, 573 Milchzahnextraktionen, 134 Extraktionen an bleibenden Zähnen, 183 Silikatfüllungen, 146 Unterfüllungen, 1 350 Amalgamfüllungen und 456 Zementfüllungen.

Auch in der Schulzahnklinik in **Harburg-Wilhelmsburg** ist die Stadt Träger der Schulzahnpflege. Beiträge werden von den Eltern der Kinder für die Behandlung nicht erhoben. An Personal stehen hier 3 Zahnärzte, davon 1 hauptamtlich und 2 nebenamtlich zur Verfügung, ferner 4 Hilfsschwestern. Untersucht wird alljährlich der 8. Jahrgang der Volksschulen. So wurden im Jahre 1931/32 von 14 500 Schulkindern im Versorgungsbezirk 1 500 Kinder untersucht. Ueber die nähere Behandlung und die Leistungen wurden keine Angaben gemacht. Regulierungen, Röntgenaufnahmen und Operationen wurden ausgeführt.

In der Kreisschulzahnklinik in **Dannenberg**/Elbe werden halbjährlich alle Jahrgänge der Volksschulen durch den dortigen Kreisschulzahnarzt untersucht. Träger der Schulzahnpflege ist der Kreis, doch werden von den Eltern der Kinder für die Behandlung jährlich Beiträge in Höhe von RM. 4,— erhoben. Untersucht wurden im Jahre 1931/32 1 952 Kinder, 1000 waren davon behandlungsbedürftig, die auch alle saniert wurden. An Leistungen sind zu verzeichnen: 220 Füllungen an Milchzähnen, 1930 Füllungen an bleibenden Zähnen und 50 Extraktionen von bleibenden Zähnen. Regulierungen, Röntgenaufnahmen, Operationen oder ähnliche Arbeiten wurden nicht ausgeführt.

Im August 1930 wurde im Kreise **Hoya** eine fahrbare Zahnklinik beschafft und die Durchführung der Schulzahnpflege einem Kreisschulzahnarzt übertragen. Während in anderen Kreisen der Schulzahnarzt mit einem Kleinauto und transportierbaren Instrumentenkästen in die Schulen fährt und dort in einer Klasse behandelt, wurde in Hoya ein besonderes Auto mit eingebauten Instrumenten, also eine fahrbare Zahnklinik eingerichtet. Der von diesem Kreise eingeschlagene Weg ist deshalb besonders interessant, weil hier nicht eine fertige Auto-Schulzahnklinik beschafft wurde, die in der Regel RM. 20—25 000 kostet, sondern weil durch den Umbau eines älteren Krankentransport-Autos auf billigerem Wege etwas Gleichwertiges geschaffen wurde. Die Kosten beliefen sich auf rund RM. 8 900.—

Der Wagen wird vor die Schule gefahren und durch ein Kabel von der Schule mit Strom für Bohrmaschine, elektrischen Sterilisator und Ventilator versorgt.

Daneben ist ein Personenwagen im Betrieb, der den Schulzahnarzt zu den regelmäßigen Schuluntersuchungen bringt.

Die Untersuchung und Behandlung durch den Schulzahnarzt ist im Kreise Hoya kostenlos. Den Eltern ist es jedoch freigestellt, die Behandlung auf eigene Kosten von einem anderen Zahnarzt oder Dentisten ausführen zu lassen.

In den kleineren Schulen wurden im Herbst 1930 alle Kinder untersucht und dann ab Ostern 1931 alle behandelt.

In den größeren Schulen wurden zunächst die drei ältesten Jahrgänge untersucht und behandelt und Ostern 1931 zwei weitere Jahrgänge hinzugenommen.

Im Anschluß an die Tätigkeit in der Klinik findet in einer Klasse eine Belehrung der Kinder über die hygienischen Grundregeln der Mund- und Zahnpflege statt.

Außer in diesen Schulzahnkliniken wird in zahlreichen Kreisen der Provinz Hannover auch noch in anderer Form Schulzahnpflege betrieben, wofür ich als Beispiel den **Landkreis** Hannover anführen möchte, der sich seit dem 1. 10. 1932 aus den beiden Landkreisen Hannover und Linden zusammensetzt und eine sehr gut durchgeführte Schulzahnpflege aufzuweisen hat. Dieser Landkreis ist für die Untersuchungen in 5 Bezirke eingeteilt. Jeder Bezirk wird von einem praktischen Zahnarzt schulzahnärztlich versorgt, der auf Grund eines mit dem Kreisausschuß des Landkreises Hannover abgeschlossenen Vertrages angestellt ist.

Die Tätigkeit der betr. Schulzahnärzte hat mit der planmäßigen Untersuchung der Kinder zu beginnen, welcher dann die etwaige Behandlung zu folgen hat. Die konservierende Behandlung ist nach Möglichkeit auf das bleibende Gebiß zu beschränken. Für die zahnärztliche Untersuchung der Schulkinder wird für jedes untersuchte Kind eine Entschädigung von RM. —,25 vom Kreise gezahlt. Dadurch sind den Zahnärzten alle ihnen entstehenden Kosten für Fahrt, Abnutzung der von ihnen zu stellenden Instrumente und dergl. vergütet. Für die Tätigkeit der Behandlung der Kinder wird nach Einzelleistungen, und zwar nach den jeweiligen Mindestsätzen von „Preugo III" bezahlt. Ausnahmsweise vorkommende Leistungen wie Cystenoperationen, Wurzelspitzenresektionen usw. dürfen in der Regel nur nach vorheriger Vereinbarung mit der Kreisverwaltung ausgeführt werden.

Die planmäßige Schulzahnpflege hat sich auf alle Kinder des 1., 2. und letzten Jahrganges zu erstrecken. Sämtliche Kinder dieser Jahrgänge werden auf Kosten des Kreises behandelt außer denjenigen, denen durch Familienversicherung einer Krankenkasse zahnärztliche Behandlung gewährleistet wird. Die Eltern der auf Kosten des Kreises zu behandelnden Kinder müssen sich mit einem Viertel an den entstehenden Unkosten beteiligen.

Die Behandlung der übrigen Schuljahrgänge (2, 4 und 5—7) ist im Landkreise Hannover folgendermaßen geregelt:

a) Durch eine Krankenkasse versicherte Kinder erhalten Behandlung gegen Vorlage eines Familienkrankenscheines,
b) Kinder von Unterstützungsberechtigten erhalten Behandlung gegen Vorlage eines Behandlungsscheines vom Wohlfahrtsamt der zuständigen Gemeindebehörde,
c) bei nicht versicherten Kindern erfolgt die Behandlung auf Kosten der Eltern. Die Zahnärzte sind aber verpflichtet, hier nur die Mindestsätze von „Preugo III" in Rechnung zu setzen.

Hinsichtlich der Behandlung haben die Kinder freie Wahl unter den 5 zugelassenen Bezirks-Schulzahnärzten.

Für die Gesamtunkosten in der schulzahnärztlichen Versorgung der Kinder des 1., 2. und letzten Jahrganges war eine Höchstgrenze von RM. 1 600,— vom Kreisausschuß festgesetzt worden. Die Bezahlung der Zahnärzte erfolgt auf Grund der einzureichenden Behandlungsscheine.

Nähere Angaben über die Leistungen der Schulzahnpflege im Landkreise Hannover nach seiner Zusammenlegung waren noch nicht zu erhalten.

Da von einer Zentralstelle aus nicht alle Teile Deutschlands genügend bearbeitet werden können, hat sich im Jahre 1930 in Hannover für den Bereich der Landesversicherungsanstalt eine gemeinnützige „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Schulzahnpflege in der Provinz Hannover" gebildet. Sie ist dem „Landesverein für Volkswohlfahrt" als selbständige Abteilung beigegliedert und bezweckt die Ausbreitung der Schulzahnpflege in ihrem Arbeitsgebiet.

Diese Arbeitsgemeinschaft sucht ihr Ziel zu erreichen durch:

1. Ausarbeitung von Grundsätzen zur Durchführung der Schulzahnpflege im Bereich der Landesversicherungsanstalt,
2. Beratung der Städte und Kreise bei Einführung der Schulzahnpflege (Kostenaufstellung, Musterverträge usw.),
3. Ausbildung von Zahnärzten für die besonderen sozialhygienischen Aufgaben der Schulzahnpflege,
4. Vermittlung von Beihilfen für erste Einrichtungen und weitere Durchführung der Schulzahnpflege,
5. Werbung für den Gedanken der Schulzahnpflege und Bereitstellung von Werbematerial wie Filmen, Lichtbildern, Merkblättern, Ausstellungsmaterial usw., Weckung und Förderung des öffentlichen Interesses an der Schulzahnpflege, insbesondere der Elternschaft durch Vorträge und dergl.

Die Arbeitsgemeinschaft besteht aus Vertretern
der Landesversicherungsanstalt,
des Landesjugendamtes,
des Landesvereins für Volkswohlfahrt,
der Schulabteilung der Regierung Hannover,
des Provinzial-Lehrervereins,
der Schulzahnärzteschaft,
des Landkreistages,
des Verbandes der Ortskrankenkassen,
des Verbandes der Landkrankenkassen.

Sie kann sich durch Zuwahl von Vertretern anderer Behörden, Korporationen und Einzelpersonen, die an der Schulzahnpflege beteiligt sind, ergänzen.

Leider sind die Arbeitsmöglichkeiten dieser Arbeitsgemeinschaften durch die einschneidenden Sparmaßnahmen der Kommunen sehr beschnitten worden. Ein modernes Behandlungsauto z. B. mit vollständigem Instrumentarium kann sich bei den heutigen Preisen von etwa

25 000 RM. kein Kreis mehr leisten. Der Vorschlag, der zur Umgehung dieser Schwierigkeiten von der Arbeitsgemeinschaft den Kreisen gemacht wurde, ist meines Erachtens sehr umstritten, da er große Nachteile hat. So wird den betr. Schulzahnärzten empfohlen, sich einen kleinen Wagen mit einigen Instrumentenkästen selbst zu erwerben und damit allein die einzelnen Ortschaften zu besuchen. Dazu soll ihnen von Seiten des Kreises ein unverzinsliches Darlehn gegeben werden, von dem jährlich eine bestimmte Summe abgetragen werden soll, so daß der Wagen nach ungefähr 5 Jahren Eigentum des Zahnarztes wird.

Die Landesversicherungsanstalt zahlte Beihilfen an Landkreise, aber nur dann, wenn die Schulzahnpflege sich planmäßig über den ganzen Kreis erstreckt und den Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft für Schulzahnpflege in der Provinz Hannover entspricht. Es wurden gewährt:

a) einmalige Beihilfen von 1000 RM. zur Beschaffung eines Kleinautos für die ambulante Schulzahnpflege und 500 RM. für die Beschaffung eines Instrumentariums,

b) laufende Beihilfen bis zu 1000 RM. auf höchstens drei Jahre.

Leider können diese Beihilfen infolge der schlechten finanziellen Verhältnisse jetzt nicht mehr gewährt werden.

Es ist heute schon so, daß das beste System in der Schulzahnpflege, das Bonner System, zugleich auch am teuersten und daher für die meisten Kreise und Gemeinden finanziell völlig untragbar ist.

Mit regelmäßiger Untersuchung und Kontrolle der Schulkinder durch einen hauptamtlichen Schulzahnarzt und Behandlung hauptsächlich durch die Zahnärzte in freier Praxis läßt sich nach meiner Meinung mit verhältnismäßig geringen Unkosten für die Kommunen die Schulzahnpflege auf dem Lande am besten durchführen.

In der gleichen Weise wie in dem oben angeführten Landkreise Hannover ist auch die Durchführung der Schulzahnpflege im Kreise Neustadt a. Rbge. geregelt.

In den Kreisen, in denen keine Schulzahnklinik besteht, wird die Schulzahnpflege durch haupt- oder nebenamtliche Schulzahnärzte oder Schulärzte ausgeführt, und zwar durch:

hauptamtliche Schulzahnärzte in sieben Kreisen, nämlich in dem oben angeführten Landkreise Hannover, ferner in den Kreisen Bentheim, Burgdorf, Uelzen und Emden/Ostfr., Isenhagen, Einbeck,

nebenamtliche Schulzahnärzte oder Schulärzte in sieben Kreisen, nämlich in Osterode/Ilfeld, Alfeld/Gronau, Verden, Rotenburg, Celle, Melle/Witlage und Wesermünde/Lehe.

In den Kreisen Burgdorf, Isenhagen und Einbeck fährt der Schulzahnarzt mit einem Kleinauto und transportierbarem Instrumentarium in die Schule und arbeitet dort in einer Schulklasse.

Erwähnen möchte ich, daß neben den Schulzahnärzten und Schulärzten in einigen Kreisen auch noch Nichtapprobierte in der Schulzahnpflege tätig sind bezw. waren (dort, wo früher Schulzahnpflege bestanden hat), und zwar in Verden, Osterode/Ilfeld, Zeven, der jetzt mit

Bremervörde vereinigt ist, und im früheren Landkreise Kehdingen, der jetzt zu Stade gehört.

In allen anderen Kreisen der Provinz Hannover ist die Schulzahnpflege in der letzten Zeit zum größten Teil völlig eingestellt. Hier wird lediglich noch bei den Schulreihenuntersuchungen auf den Zustand der Zähne geachtet. Es bleibt den Eltern überlassen, für die Behandlung der erkrankten Zähne Sorge zu tragen. In einigen Kreisen werden bei besonderer Bedürftigkeit für die notwendigsten Arbeiten noch geringe Zuschüsse gewährt, so in Norden und Northeim Uslar.

In Göttingen werden die Kinder, nachdem bei den Schulreihenuntersuchungen Gebißschäden festgestellt sind, auf die Notwendigkeit einer Behandlung hingewiesen. Diese erfolgt dann zu Vorzugspreisen.

In **Osnabrück** fanden vor zwei Jahren Verhandlungen mit der dortigen Ortskrankenkasse statt, zwecks Einrichtung einer Schulzahnklinik in ihrem Neubau, in der dann planmäßige Schulzahnpflege getrieben werden sollte. Die Kosten waren von den vereinigten Kassenverbänden aufzubringen, während die Stadt nur 3000 RM. beisteuern wollte. Dieser für die Stadt sehr vorteilhafte Plan kam infolge ungenügender Unterstützung durch die Zahnärzte nicht zur Durchführung. Aus Mangel an Mitteln ist jetzt jede systematische Schulzahnpflege eingestellt. Lediglich ein Unterstützungsfonds von einigen RM. 100,— für Beihilfen für die notwendigsten Behandlungen von minderbemittelten Kindern ist noch vorhanden.

Es wurden dann, wie schon eingangs erwähnt, noch Fragebogen an die Regierungen in Hannover, Hildesheim, Lüneburg, Osnabrück, Stade und Aurich ausgesandt mit der Bitte um Ueberlassung der dort zusammengefaßten Jahresgesundheitsberichte für das Jahr 1931, in denen die Schulzahnpflege weitgehendst Berücksichtigung findet. Zum Teil waren diese Berichte schon weitergeleitet an das Preuß. Ministerium für Volkswohlfahrt, so daß wir nur diejenigen aus dem Jahre 1930 erhalten konnten. Die in den anderen gemachten Angaben deckten sich mit den von den Kreisärzten erhaltenen. Aus diesem Grunde soll auf sie nicht mehr eingegangen werden.

Die zahnärztliche Versorgung der Wohlfahrts-Unterstützungsempfänger in Hannover.

Von der Fürsorge für Schulkinder unterscheidet sich grundlegend die Zahnfürsorge für Erwachsene. Sie erfüllt die Aufgabe, im Rahmen der gesetzlichen Gesundheitsfürsorge zahnärztliche Krankenhilfe zu gewähren. Für die Wohlfahrts-Unterstützungsempfänger steht die täglich geöffnete zahnärztliche Poliklinik zur Verfügung.

Außerdem hat das Wohlfahrtsamt der Ortsgruppe des Reichsverbandes der Zahnärzte Deutschlands und der Ortsgruppe des Reichsverbandes Deutscher Dentisten Abkommen getroffen, wonach die in Hannover ansässigen Mitglieder dieser Verbände zur Zahnbehandlung von Wohlfahrtsunterstützten widerruflich zugelassen sind. Das Abkom-

men wird auch, soweit es angängig ist, angewandt, sobald ein Kranker, der auf Kosten des Wohlfahrtsamtes in einem Hannoverschen Krankenhause ist, einer Zahnbehandlung bedarf. Ueber solche Bewilligungen, die nur ausnahmsweise zugelassen sind, entscheidet die Hauptstelle für Gesundheitsfürsorge.

Sollten die Kosten der Zahnbehandlung Erwachsener oder Jugendlicher ganz oder teilweise vom Wohlfahrtsamt getragen werden, wird der Antragsteller der Zahnpoliklinik überwiesen. Von dort wird er gegebenenfalls an das zahntechnische Laboratorium weiter überwiesen. Wenn die Poliklinik oder das zahntechnische Laboratorium voll beschäftigt sind, kann die Zahnbehandlung bei einem Zahnarzt oder Dentisten gemäß obigem Abkommen bewilligt werden. Einem solchen Wunsche des Wohlfahrts-Unterstützungsempfängers wird besonders dann stattgegeben, wenn der Empfänger vor Eintritt seiner Hilfsbedürftigkeit bei dem von ihm gewählten Zahnarzt oder Dentisten regelmäßig in Behandlung war. Nach Möglichkeit soll der Empfänger zu den Kosten der Zahnbehandlung bei privaten Zahnärzten oder Dentisten einen Zuschuß leisten und geringfügige Kosten allein tragen. Kostenanschläge, die über mehr als 20,— RM. lauten, müssen zunächst vom städtischen Vertrauenszahnarzt begutachtet werden. Vertrauenszahnarzt ist der Direktor der städtischen Zahnfürsorge, **Prager.**

Wenn die Zahnbehandlungskosten von anderer Seite (Sozialversicherung oder Antragsteller) voll gedeckt sind, kommt eine Zahnfürsorge durch das Wohlfahrtsamt nicht in Betracht. Der Antragsteller wird dann an Zahnärzte oder Dentisten verwiesen.

Zahnersatz wird von vornherein ohne Anforderung eines Kostenanschlages abgelehnt:

a) bei Personen über 55 Jahre,

b) bei Personen, die ihr Gebiß auf eigene Kosten oder Kassenkosten nicht in Ordnung bringen ließen, solange sie dazu in der Lage waren,

c) bei Personen, die sich in absehbarer Zeit wieder auf eigene oder Kassenkosten Zahnersatz anfertigen lassen können,

d) bei Epileptikern, da bei ihnen im Krampfanfall Gefahr des Verschluckens besteht,

e) bei Anträgen, die nach Anfertigung der Arbeiten gestellt werden.

Nur wenn diese Fälle nicht vorliegen, darf ein Gutachten über die Notwendigkeit des beantragten Zahnersatzes und ein Kostenanschlag angefordert werden.

Der Zahnarzt oder Dentist darf den Zahnersatz nur befürworten und veranschlagen:

a) wenn eine bestehende Krankheit ohne Zahnersatz nicht behoben werden kann,

b) wenn durch Zahnersatz Arbeitsunfähigkeit behoben werden kann,

c) bei stillenden Müttern und Schwangeren,

d) wenn Ausbesserung, Umarbeitung oder Vergrößerung eines vorhandenen Gebisses (Kautschuk) nötig ist und das vorhandene Gebiß auch getragen wurde.

Zahnersatz darf selbst dann, wenn er befürwortet und veranschlagt wurde, nicht bewilligt werden:

a) bei Zahnverlust durch Alter, statt dessen kann ein Speisezerkleinerer geliefert werden,

b) wenn im Kiefer nicht mindestens 7 Zähne zu ersetzen sind, oder wenn es sich um zusammenhängende Vorderzähne (Schneide- und Eckzähne) oder Kauzähne in einem Kiefer handelt, mindestens 5,

c) wenn der Zahnersatz weniger Gesundheits- als Schönheitszwecken dient.

Verwendung von Gold wird grundsätzlich abgelehnt. Sie ist in Ausnahmefällen an die persönliche Genehmigung des Amtsleiters gebunden.

Ueber die Leistungen der Städten-Zahnfürsorge für Wohlfahrts-Unterstützungsempfänger in Hannover im Jahre 1932/33 gibt die folgende Zusammenstellung Aufschluß. Da sich die Zahl der Unterstützungsempfänger im Berichtsjahre natürlich täglich änderte, habe ich als Stichtage den 1. 4. 1932 und 1. 4. 1933 genommen. Die Zahl der Empfänger betrug am:

1. 4. 1932 : 39 324

1. 4. 1933 : 48 830

An Ausgaben entstanden dem Wohlfahrtsamte Hannover für die Zahnbehandlung der Unterstützungsempfänger im Jahre 1932/33: 150 000,— RM. Auf Zahnersatz entfiel davon 9 600,— RM. Diese Zahl stellt selbstverständlich nicht den Wert der Arbeiten dar, sondern nur den Rohkostenpreis. Der Wert der Arbeiten betrug: 11 894. Die obigen Ausgaben verteilen sich auf:

a) eigene Einrichtungen des Kommunalverbandes: RM. 138 000,—

b) freie Praxis: RM. 12 000,—.

Von den 11 984 Patienten waren 11 777 Erwachsene und 207 Kleinkinder.

Die Poliklinik, die selbständig arbeitet, hatte an Leistungen im Jahre 1932/33:

Injektionen:	2 989	Gangränbehandlungen:	604
Extraktionen:	3 235	As-Einlagen:	1060
Füllungen:	872	Mundbehandlungen:	3974
Wurzelbehandl.:	1 003	Reinigen:	55

Einlagen: 1 277

Die zahnärztliche Versorgung der Kriegsfürsorge-Unterstützungsempfänger in Hannover.

Die Zahnfürsorge für die Kriegshinterbliebenen und Kriegsfürsorge-Unterstützungsempfänger, sowohl Erwachsene wie auch Jugendliche und Kinder, geschieht im allgemeinen nach den Grundsätzen des städtischen Wohlfahrtsamtes. Die Behandlung der Patienten wird in der städtischen Poliklinik und durch Vertragszahnärzte ausgeführt, die dann nach den Sätzen der „Preugo IV", abzüglich 15 %, arbeiten müssen.

Diejenigen Fälle, die nach den Grundsätzen des Wohlfahrtsamtes abgelehnt werden müßten, werden noch besonders eingehend daraufhin geprüft, ob nicht die Bewilligung eines kleinen Teilbetrages oder Vorschusses möglich ist. Dies ist beispielsweise der Fall bei erwerbsunfähigen Kriegsbeschädigten und Kriegerwitwen, die keine Aussicht haben, sich demnächst Zahnersatz auf eigene oder Kassenkosten anfertigen zu lassen.

Es wird auch die Altersgrenze von 55 Jahren nicht immer unbedingt eingehalten, da die Kriegsopfer schon seit mindestens 14—15 Jahren in Einkommensverhältnissen leben, die ihnen die rechtzeitige Anfertigung von Zahnersatz nicht ermöglichen.

Grundsätzlich müssen die Kriegsbeschädigten und -hinterbliebenen zu den Kosten für Zahn**ersatz** zuzahlen, da sie dann erfahrungsgemäß auch sorgfältiger mit der Prothese umgehen und sich bemühen, sie regelmäßig zu tragen.

Zu den Kosten der zahnärztlichen **Behandlung** werden die Kriegsbeschädigten und -hinterbliebenen ebenfalls nach Maßgabe ihres Einkommens herangezogen.

Die Leistungen der zahnärztlichen Fürsorge waren im Jahre 1931/32 folgende:

Die Zahl der Unterstützungsempfänger war am 1. 4. 1931 und 1. 4. 1932 gleichbleibend ca. 9000. Ausgaben entstanden durch die Zahnbehandlung der Empfänger im Rechnungsjahre 1931/32 für RM. 14 032,— auf Zahnersatz entfielen davon schätzungsweise RM. 10 000,—. Die Ausgaben verteilen sich auf:

a) eigene Einrichtungen des Kommunalverbandes: RM. 4 011,—

b) Vertragszahnärzte: RM. 10 021,—.

Die Zahl der Behandlungsfälle betrug ca. 1 100.

Zusammenfassung.

Die gesamte Zahnfürsorge der Stadt Hannover, sowohl Schulzahnpflege als auch zahnärztliche Fürsorge für Wohlfahrts- und Kriegsfürsorgeunterstützungsempfänger und -hinterbliebene geschieht:

a) durch die Hauptzahnklinik,
b) durch die Kinderzahnkliniken (Bezirkskliniken),
c) durch die Zahnärztliche Poliklinik,
d) durch Vertragszahnärzte.

Die Hauptzahnklinik. In der Hauptzahnklinik ist die Leitung der gesamten städtischen Schulzahnpflege, besonders die Zusammenfassung der Statistiken für den dem Wohlfahrtsamt einzureichenden Jahresbericht und die Führung der Tauschkartei, für umgeschulte oder umgezogene Kinder. Sie selbst betreibt die Schulzahnpflege in städtischen höheren und mittleren Schulen. Sie behandelt die minderbemittelten einheimischen Kinder dieser Schulen sowie der staatlichen und Privatschulen.

Ferner geschieht in ihr die Behandlung schwieriger Fälle, besonders größere Gebißregulierungen von Kindern und — in Zusammenarbeit mit der Krüppelfürsorge und der städtischen Sprachheilschule — die Behandlung der Kinder mit Gaumenspalte. Weiter werden hier alle Röntgenaufnahmen der Zähne und Kiefer auf Kosten des Wohlfahrtsamtes ausgeführt. Ebenso die im Rahmen der Schulzahnpflege erforderlichen Aufnahmen.

In dem der Hauptzahnklinik angegliederten zahntechnischen Laboratorium wird der für die städtische Zahnfürsorge bewilligte Zahnersatz angefertigt. Der über diese Arbeiten angefertigte Bericht wird monatlich der Hauptstelle für Gesundheitsfürsorge vorgelegt.

Die Hauptzahnklinik leitet den Einkauf und Bedarf der Bezirkskliniken und des Laboratoriums an Medikamenten und zahnärztlichen Bedarfsgegenständen.

Endlich erstattet sie zahnärztliche Gutachten für das Wohlfahrtsamt, Kriegsfürsorgeamt und Personalamt. An Hand der Richtlinien über die Zahnbehandlung von Wohlfahrtsempfängern prüft sie die vorgelegten Kostenanschläge der Zahnärzte und privaten Dentisten und erledigt die ihr zugewiesenen Nachuntersuchungen ausgeführter Zahnbehandlung und Nachprüfungen gelieferten Zahnersatzes.

Die Zahnärztliche Poliklinik. In der zahnärztlichen Poliklinik werden die Erwachsenen und Jugendlichen behandelt, die vom Wohlfahrtsamt und seinen Wohlfahrtsanstalten, von den Bezirksfürsorgerinnen, ferner vom Kriegsfürsorgeamt und von der Abteilung Wohlfahrtspflege des Arbeitsamtes überwiesen werden. Zur Untersuchung und Behandlung werden nur solche Patienten zugelassen, die einen Ueberweisungsschein dieser Stellen vorlegen. Die Ueberweisungsscheine werden monatlich an die Hauptstelle für Gesundheitsfürsorge weitergeleitet.

Auf Anfordern des Wohlfahrtsamtes oder des Kriegsfürsorgeamtes erstattet die Poliklinik Gutachten über den im städtischen Laboratorium anzufertigenden Zahnersatz und stellt dafür Kostenanschläge auf.

Die Patienten geben beim Betreten der Poliklinik den Ueberweisungsschein ab und die Helferin sucht die Behandlungskarte heraus oder schreibt sie aus. Nach der Behandlung wird in die Behandlungskarte eine Wiederbestellung eingetragen und diese dem Patienten mitgeteilt.

Die Poliklinik führt:

a) für jeden Patienten (—in), der dort behandelt wird, eine Behandlungskarte,

b) ein Bestellbuch, in das die Namen der Bestellungen eingetragen werden und in dem vermerkt wird, wer auf Bestellung und wer unbestellt kommt,

c) ein Tagebuch über die Zahl der Besucher und der Leistungen, das monatlich der Hauptstelle für Gesundheitsfürsorge vorgelegt wird.

Die **Kinderzahnkliniken.** In den Kinderzahnkliniken werden die Schulkinder des jeweiligen Versorgungsbezirkes behandelt. Die Bestellung geschieht durch einen Bestellschein, der, wenn der Besuch während der Schulzeit stattfindet, vor- und nachher dem Lehrer vorgezeigt werden muß. Jede Kinderzahnklinik führt:

a) für jedes Kind eine Zahnkarte, auf der die elterliche Erklärung, die Untersuchungsbefunde und die zahnärztlichen Behandlungen eingetragen werden,

b) ein Bestellbuch, in das die Bestellungen der zahnkranken Versorgungskinder eingetragen werden,

c) ein Tagebuch, in das die Zahl der Besucher und die täglichen Leistungen eingetragen werden,

d) ein Hauptbuch über das Ergebnis der Schuluntersuchungen und der Behandlung der Versorgungskinder.

Bei Unklarheiten über den Verbleib eines Kindes oder dergl. ist dies der Hauptzahnklinik zu melden.

Alle Bücher müssen monatlich der Hauptzahnklinik eingereicht werden.

Die **Vertragszahnärzte.** Diese behandeln die Kriegsfürsorgeunterstützungsempfänger und Kriegshinterbliebenen nach den Sätzen der „Preugo IV" abzüglich 15%.

Die Poliklinik des zahnärztlichen Universitäts-Institutes zu Göttingen.

Außer den oben genannten Möglichkeiten gibt es auch noch andere Wege, um für die zahnärztliche Behandlung Erwachsener Sorge zu tragen.

In diesem Zusammenhang sei zunächst die Poliklinik des zahnärztlichen Universitäts-Institutes zu Göttingen erwähnt. Eröffnet im Herbst 1919, dient sie dem Zweck der kostenlosen zahnärztlichen Untersuchung von jedermann. Gegen eine geringe Entschädigung ist eine anschließende Behandlung möglich, die in der Hauptsache durch die Studierenden der Zahnheilkunde ausgeführt wird. Die Kosten hierfür tragen einmal die Patienten selbst — sie bezahlen aber nur das verwendete Material —

dann die Krankenkassen und das Wohlfahrtsamt der Stadt. Die Zahl der Patienten, und zwar der Neuzugänge, betrug:

im Jahre 1931: 2 905
im Jahre 1932: 3 143.

Ungefähr 50% der Patienten trugen die Behandlungskosten selbst, zu je 25% wurde die Bezahlung der Kosten durch Krankenkasse und das städtische Wohlfahrtsamt sichergestellt.

An Leistungen hatte die Poliklinik im Jahre 1931/32:

Füllungen:	8 172	Regulierungen:	102
Wurzelbehandlungen:	2 111	Technische Arbeiten:	1299
Extraktionen:	2 708	Operationen:	337

Hierfür standen an Personal zur Verfügung:

5 hauptamtliche Zahnärzte,
1 Techniker,
4 weibliche Hilfskräfte,
1 Laborantin,
die Studierenden der Zahnheilkunde.

Die Landesversicherungsanstalt Hannover.

Die Landesversicherungsanstalt hat bislang für ihre Versicherten Zuschüsse für zahnärztlich-technische Arbeiten gewährt. Infolge der zwangsläufigen Sparmaßnahmen konnten jedoch Ende des Jahres 1931 Mittel für Zahnersatz nicht wieder in den Haushaltsplan eingestellt werden.

Für die Uebernahme der Behandlungskosten durch die Landesversicherungsanstalt waren die §§ 1269 und ff. der Reichsversicherungsordnung maßgebend.

Im § 1269 heißt es: „Um die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe abzuwenden, **kann** die Landesversicherungsanstalt ein Heilverfahren einleiten." § 1305 lautet: „Ist zu erwarten, daß ein Heilverfahren den Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwer-Rente wieder erwerbsfähig macht, so **kann** es die Versicherungsanstalt einleiten." § 1274 hat folgenden Wortlaut: „Die Versicherungsanstalt **kann** mit Genehmigung der Aufsichtsbehörden Mittel aufwenden, um Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu fördern oder durchzuführen."

Hiernach hat die Landesversicherungsanstalt zur Durchführung ihrer Heilfürsorge ein **Recht.** Eine **Pflicht** wird gesetzlich nicht begründet. Von diesem ihr zustehenden Recht macht die Landesversicherungsanstalt **Hannover** ausgiebigen Gebrauch.

Gewährt werden Heilverfahren oder die Kosten dazu nur solchen Versicherten, die das 62. Lebensjahr noch nicht überschritten haben,

die Anwartschaft aufrecht erhalten und die gesetzliche Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt haben (§§ 1278 ff. der RVO). Zur Erfüllung der Wartezeit für die Invalidenrente sind 200 Beitragswochen erforderlich, wenn auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung mindestens 100 Beiträge geleistet sind, andernfalls 500 Beitragswochen. Bei den Versicherten, die das 60. Lebensjahr bereits überschritten haben, wird daneben die Verwendung von mindestens 500 Beiträgen zur Bedingung gemacht.

Für Empfänger von Invaliden-, Witwen- oder Witwer-Renten werden die Kosten für ein Heilverfahren nur dann übernommen, wenn mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß dadurch die Erwerbsfähigkeit des Rentenempfängers wiederhergestellt wird.

Bei Zahnersatz werden Zuschüsse nur zu den Kosten für Ersatzstücke (Kautschuk) gewährt, und auch nur dann, wenn drohende Invalidität abgewendet werden soll. Dazu wird der Nachweis verlangt, daß durch das mangelhafte Gebiß ein körperlicher Zustand herbeigeführt worden ist, der in absehbarer Zeit in Invalidität überzugehen droht. Zur Beseitigung von Schönheitsfehlern darf Zahnersatz nicht gewährt werden.

Da von einer Gefährdung des Allgemeinbefindens nur gesprochen werden kann, wenn eine größere Anzahl von Zähnen fehlt oder erkrankt ist, leitet die Landesversicherungsanstalt Hannover ein Heilverfahren im allgemeinen nur dann ein, wenn für das Ersatzstück 7 Zähne oder bei zusammenhängenden Zähnen mindestens 5 in einem Kiefer in Frage kommen. Für Extraktionen, Füllungen oder dergl. werden Kosten nicht übernommen.

Die Landesversicherungsanstalt bewilligt in der Regel einen Zuschuß in Höhe von einem Drittel der entstehenden Kosten. Bedingung aber ist, daß die Krankenkasse, wenn der Versicherte einer angehört, einen Zuschuß in mindestens derselben Höhe leistet. Das letzte Drittel hat der Versicherte selbst zu tragen. Gehört er keiner Krankenkasse an, so entfallen auf ihn zwei Drittel der Kosten.

Die Anfertigung des Zahnersatzes kann durch jeden Zahnarzt und jeden vom Versicherungsamte zugelassenen Techniker erfolgen, wenn sie mit den obigen Bedingungen einverstanden sind. Die Auswahl bleibt dem Versicherten überlassen.

Anträge zur Bewilligung von Zahnersatz wurden an die Landesversicherungsanstalt Hannover gestellt:

im Jahre		1927	:	8 754
„	„	1928	:	10 726
„	„	1929	:	10 772
„	„	1930	:	11 418
„	„	1931	:	8 290

Aufgewendet wurden:

im	Jahre	1928	für	7 879	Fälle	:	RM.	153 796,—
„	„	1929	„	7 951	„	:	„	161 999,—
„	„	1930	„	8 670	„	:	„	174 471,—
„	„	1931	„	6 882	„	:	„	138 563,—

Zur Förderung der Schulzahnpflege sind nach Maßgabe der Richtlinien der „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Schulzahnpflege in der Provinz Hannover" Beihilfen zu ersten Einrichtungen sowie Jahresbeihilfen bewilligt worden. So erhielten:

im	Jahre	1928	18	Gemeinden u.	Kreise	Zuschüsse	in	Höhe	v.	RM	10740,—
„	„	1929	20	„	„	„	,	„	v.	RM	15200,—
„	„	1930	24	„	„	„	„	„	v.	RM	19750,—
„	„	1931	18	„	„	„	„	„	v.	RM	10900,—

Im Jahre 1932 wurden nur noch RM. 5 550,— zur Durchführung der Schulzahnpflege aufgewandt.

Wir können also seit dem Jahre 1930 ein Nachlassen der Aufwendungen für die zahnärztliche Fürsorge durch die Landesversicherungsanstalt Hannover feststellen, bis dann im letzten Jahre unter dem Druck der furchtbaren Wirtschaftskrise überhaupt keine Mittel mehr bewilligt wurden.

Diese Entwicklung zeigt auch eine Zusammenstellung der Leistungen sämtlicher Landesversicherungsanstalten im Deutschen Reich. So wurden für die Zahnbehandlung der Versicherten aufgewendet:

Im	Jahre	1913	für	49 500	Personen	:	RM.	1 384 753,—
„	„	1925	„	103 776	„	:	„	2 412 821,—
„	„	1928	„	217 230	„	:	„	5 406 741,—
„	„	1929	„	225 270	„	:	„	5 611 243,—
„	„	1930	„	246 387	„	:	„	6 167 874,—
„	„	1931	„	190 414	„	:	„	4 465 314,—

Die zahnärztliche Versorgung Erwachsener durch Zahnkliniken der Krankenkassen.

Ueber die Zahnkliniken der Krankenkassen Material zu sammeln, ist eine mühsame und unbefriedigende Arbeit. Sie kann niemals vollständig gelingen, weil die Berichterstattung der Kassen lückenhaft ist. So muß betont werden, daß eine Sammlung solcher Berichte keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann.

Zunächst sei einiges über die Entwicklung der Eigenbetriebe der Krankenkassen gesagt. In den ersten 20 Jahren nach ihrer Gründung sahen die Krankenkassen ihre Aufgabe in der Sammlung, Verwaltung und Verteilung der für Versicherungszwecke zwangsweise erhobenen Beiträge. Sie waren also reine Versicherungsanstalten. Erst nach der Jahrhundertwende begannen sie, ihren bisherigen Charakter durch

Uebernahme neuerer Aufgaben zu ändern. Sie schafften Eigenbetriebe, die ärztliche und zahnärztliche Hilfe leisten sollten. Auch nahmen sie die Lieferung von Medikamenten selbst in die Hand. So wurden sie aus Versicherungsanstalten langsam zu Krankenversorgungs-Instituten. Diese Entwicklung ist heute natürlich noch nicht abgeschlossen, aber ihre Ziele treten offen zutage.

Auf diese Weise entstanden die Eigenbetriebe aus der Uebernahme eigener Krankenhäuser und dergl. Wenn auch bereits in den letzten Jahren vor dem Kriege eigene ärztliche und zahnärztliche Behandlungsinstitute eingerichtet wurden, wenn während des Krieges die selbständige Beschaffung von Medikamenten einsetzte, so brachte doch erst die Nachkriegszeit mit ihren Sozialisierungstendenzen eine Reihe systematischer Gründungen von Eigenbetrieben.

So stellte der „Hauptverband der Ortskrankenkassen" auf seiner Tagung in **Hamburg** im Jahre 1924 die Frage der Eigenbetriebe öffentlich in den Vordergrund. Er gab damals Leitsätze über die „wirtschaftliche Behandlungsweise" heraus, in denen es heißt:

> „Zur ökonomischen Gestaltung der Krankenkassenwirtschaft sind die Eigenbetriebe der Krankenkassen in organischem Aufbau und unter Ausnutzung allseitiger Erfahrung zu fördern, insbesondere auf den Gebieten der Arzneiversorgung und Ambulatoriumsbehandlung."

Der Hauptreferent Dr. **Pryll** führte dazu zur Erläuterung und Begründung u. a. aus:

> „Ich glaube, daß der eigene Wirtschaftsbetrieb der Krankenkassen auf diesem Gebiet wie auch auf dem Gebiet der Arzneimittelversorgung einzig und allein die Zukunft für sich hat."

Der Geschäftsführer des Verbandes war noch zuversichtlicher, indem er sagte:

> „Es scheint mir das die einzige Möglichkeit zu sein, ohne Schädigung der Versicherten die Ersparnisse zu machen, die es ermöglichen, die Lasten der Sozialversicherung erträglich zu gestalten."

Um Raum für die Eigenbetriebe zu schaffen, wurden in jährlich steigender Zahl großzügige Verwaltungsgebäude errichtet. In der Vorkriegszeit besaßen nur wenige Kassen Gebäude oder Grundstücke. Nach Angaben des Volkswirts **Mahner** war nur ein Zehntel des rund 350 Millionen Mark betragenden Gesamtvermögens der reichsgesetzlichen Krankenkassen in derartigen Werten angelegt.

Nach der Reichsstatistik haben die Ortskrankenkassen seit 1924 jährlich etwa 25—30 Millionen RM. in eigenen Grundstücken, Gebäuden und Betriebseinrichtungen festgelegt.

An der Spitze der Eigenbetriebe stehen hinsichtlich des Umfanges ihrer Leistungen und ihrer Verbreitung die **Zahnkliniken.** Schon im Jahre 1929 gab es, soweit sich dies nach den ungenügenden Unterlagen berechnen ließ, etwa 210 Kassenzahnkliniken. Ihre Zahl ist von Jahr zu Jahr gewachsen. So beschäftigten diese Kliniken im Jahre 1930 bereits 8,5% sämtlicher in Deutschland approbierten Zahnärzte.

Die ersten Zahnkliniken dieser Art schufen die Betriebskrankenkasse der Krupp-Werke in Essen und die Stadtverwaltung in Straßburg i. E.

Angeregt wurden die Kassen zur Gründung eigener Zahnkliniken durch das Vorbild einzelner Städte, die zur Durchführung der Schulzahnpflege besondere Institute mit beamteten Zahnärzten einrichteten.

Während der Kriegsausbruch diese Entwicklung unterbrach, begann nach dem Kriege eine neue Periode von Gründungen, die dann seit 1924 eine jährliche Durchschnittszahl von 16 aufweist.

Das Dorado der Kassenzahnkliniken ist Württemberg, wo insgesamt 34 bestehen, dagegen finden sich in der Provinz Hannover nur wenige, nämlich 8.

In der Verteilung nach Kassenarten stehen die allgemeinen Ortskrankenkassen an der Spitze. Die Innungs- und Landkrankenkassen unterhalten keine eigenen Zahnkliniken. Sie sind höchstens in Gemeinschaft mit Kassen anderer Verbände an solchen beteiligt. Auch die Betriebskrankenkassen betreiben nur einige wenige Zahnkliniken. Dagegen besitzen die Knappschaftskrankenkassen in verhältnismäßig großer Zahl Kliniken. Zahnkliniken unterhielten gegen Ende 1930:

153 Allgemeine Ortskrankenkassen insgesamt 187 Zahnkliniken,
8 Betriebskrankenkassen insgesamt 9 Zahnkliniken,
Knappschaftskassen insgesamt 14 Zahnkliniken.

Von den 187 Zahnkliniken der Allgemeinen Ortskrankenkassen wurden 23 von mehreren Kassenverbänden gemeinsam unter Führung von AOK.-Kassen betrieben.

Die Mehrzahl der Kliniken gehört zu Kassen mit mehr als 10 000 Stammversicherten. Aber auch die kleinen Kassen fehlen nicht, einige haben sogar weniger als 3000 Versicherte. Das ist deshalb sehr bemerkenswert, weil im Reichsdurchschnitt etwa 7—8000 Patienten auf einen Zahnarzt entfallen, hier aber einschließlich der Familienmitglieder der Stammversicherten höchstens 5000—5500. Es können diese Kliniken also nur einen Zahnarzt beschäftigen, sie unterscheiden sich demnach äußerlich in nichts von einer zahnärztlichen Privatpraxis. Der innere Unterschied besteht nur darin, daß der Klinikzahnarzt sein festes Gehalt bezieht und daß jegliches Risiko zu Lasten der Kasse geht, während in der Privatpraxis das Risiko für etwaige Zwischenfälle der Zahnarzt selbst trägt. Es folgt jetzt eine Uebersicht über die Kassenzahnkliniken in der Provinz Hannover nach dem Stande vom Ende des Jahres 1930.

Nr.	Eigentümer der Kliniken	Zahl der Stammversf.	Anzahl der Kliniken	Zahl der Zahnärzte	Gründungsjahr	Besteht Klinikzwang?
1.	Krankenkassenverband d. Unterweserstädte Bremerhaven	30 000	1	6	1917	ja
2.	Lehe		1	2	1928	ja
3.	A. O. K. Hameln	10 500	1	3	1930	
4.	Betr. K. K. Hannover Bahlsens Keks-Fabr.		1		1913	
5.	Betriebs-K. K. Hannover Continental		1		1908	
6.	A. O. K. Hildesheim	12 856	1	3	1928	ja
7.	Emden	7 000	1		1926	ja
8.	Reichs-Betriebs-K. K. Wilhelmshaven		1	5	1913	nein

Wo die Zahl der Stammversicherten angegeben ist, wurden abgerundete, in einigen Fällen auch schätzungsweise ermittelte Zahlen eingesetzt.

Während sich in den letzten Jahren des vergangenen Jahrhunderts die Zahnbehandlung in der Hauptsache noch auf die Entfernung kranker Zähne beschränkte, ging man allmählich dazu über, das Schwergewicht auf die Vorbeugung und Erhaltung des Gebisses zu legen. So ist heute oberster Grundsatz die Sicherung und Festigung des natürlichen Gebisses geworden.

Diese veränderte Auffassung wirkt sich auch in der Krankenversicherung finanziell deutlich aus: Die Ausgaben für Zahnbehandlung sind bei den O. K. K. von rund 70—80 Pfenning je Versicherten in der Vorkriegszeit auf RM. 1,74 im Jahre 1924 und RM. 3,42 im Jahre 1928, also auf den vier- bis fünffachen Vorkriegsbetrag gestiegen! Die Ausgaben der O. K. K. für Zahnbehandlung waren:

1925	:	26 873 000	RM.
1926	:	31 407 000	„
1927	:	38 562 000	„
1928	:	46 600 000	„

Diese Steigerung hat sich in den nächsten Jahren natürlich noch fortgesetzt.

Hierbei muß berücksichtigt werden, daß die Leistungen der Krankenkassen nicht gesetzlich verankert sind. Sie sind freiwillige Leistungen und in ihrem Umfange daher bei den einzelnen Kassen noch überaus verschieden.

Nach der „Statistik des Deutschen Reiches" betrug die durchschnittliche Mitgliederzahl der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen im Jahre 1931 für die Provinz Hannover: 871 669. Auf 1000 Einwohner kamen daselbst 264,0 Kassenmitglieder. Von je 100 Kassenmitgliedern kamen auf:

Ortskrankenkassen	:	57,9 Mitglieder
Betriebskrankenkassen	:	15,4 "
Landkrankenkassen	:	23,1 "
Innungskrankenkassen	:	3,6 "

Bei den reichsgesetzlichen Kassenarten ist der Mitgliederbestand in den letzten beiden Jahren zurückgegangen, bei den Ersatzkassen dagegen angestiegen. Die Zunahme (+) oder Abnahme (—) betrug bei den

	1930	1931
Ortskrankenkassen	— 1,7 %	— 5,6 %
Landkrankenkassen	— 1,1 %	— 5,2 %
Betriebskrankenkassen	— 8,5 %	— 10,1 %
Innungskrankenkassen	— 3,9 %	— 11,6 %
Knappschaftskrankenkasse	— 4,6 %	— 10,7 %
Ersatzkassen	+ 7,3 %	+ 3,4 %

Diese Angaben beziehen sich auf das ganze Reich.

Es folgt jetzt eine Uebersicht über die Anzahl der Kassen, ihre Mitgliederzahl, Reinausgaben und Ausgaben für Zahnbehandlung, zusammengestellt nach den Angaben der „Statistik des Deutschen Reichs" für die Provinz Hannover und das Jahr 1931:

Kassenarten	Anzahl	Mitgliederzahl	Reinausgaben	Ausgaben für Zahnbehandlung
Ortskrankenk.	115	504 529	RM. 28 507 463,—	RM. 1 939 188,—
Landkr.-K.	63	201 305	RM. 7 340 964,—	RM. 572 291,—
Betriebskr.-K.	205	134 679	RM. 10 833 437,—	RM. 722 686,—
Innungskr.-K.	84	31 156	RM. 1 839 812,—	RM. 127 656,—
Zusammen	467	871 669	RM. 48 521 676,—	RM. 3 361 821,—

Teilt man die Ausgaben für Zahnbehandlung ein in solche für Mitglieder und solche für Familienangehörige, so ergibt sich folgendes Bild:

	Mitglieder	Familienangehörige
Ortskrankenkassen	1 499 848,—	439 340,— RM.
Landkrankenkassen	521 075,—	51 216,— RM.
Betriebskrankenkassen	471 069,—	251 617,— RM.
Innungskrankenkassen	109 305,—	18 351,— RM.
Zusammen:	2 601 297,—	760 524,— RM.

Bei dieser Gelegenheit müssen noch die kaufmännischen Berufskrankenkassen erwähnt werden. Das sind Ersatzkassen, die im Verband der kaufmännischen Berufskrankenkassen, Sitz **Hamburg**, zusammengeschlossen sind. Bei ihnen sind alle kaufmännischen Angestellten und Beamten versichert, soweit sie versicherungspflichtig sind. In der Provinz Hannover unterhalten sie keine eigenen Zahnkliniken.

Die zahnärztliche Behandlung ihrer Mitglieder ist gewährleistet durch Vertragsabschluß mit dem Reichsverband der Zahnärzte und dem Reichsverband der Dentisten Deutschlands. Da vom 1. 4. 1929 bis zum 1. 2. 1931 kein Vertrag zwischen den Zahnärzten und diesen Ersatzkassen bestand, lassen sich keine genauen Angaben über die Leistungen der zahnärztlichen Behandlung machen. Für sie betrugen die Ausgaben im gesamten Reich im Jahre 1931 in der:

Stammversicherung:	RM. 9 489 132,97
Familienversicherung:	RM. 4 286 177,59

Auf die 8 für unsere Arbeit ausgesandten Fragebogen hin stellten uns 3 Kassen Material zur Verfügung, nämlich die

Betriebskrankenkasse der Continental Gummiwerke Hannover,
Ortskrankenkasse für Bremerhaven—Geestemünde—Lehe,
Reichsbetriebskrankenkasse Wilhelmshaven.

In der Zahnklinik der **Continental-Werke** Hannover wurden behandelt:

1930: 2 185 Mitglieder, 362 Familienmitglieder,
1931: 2 809 Mitglieder, 903 Familienmitglieder.

Die Gesamtzahl der Versicherten im Jahre 1931 Betrug: 6 392.

An Leistungen hatte die Klinik im Jahre 1931:

Füllungen:	3 560	Extraktionen:	2 576
Wurzelbehdlg.:	2 040	Reg. u. Oper.:	140

Für diese Arbeiten standen 2 Zahnärzte und 1 Helferin zur Verfügung.

In der Zahnklinik der Ortskrankenkasse **Bremerhaven—Geestemünde—Lehe** wurden von rund 20 000 Versicherten behandelt:

1930: 58 169
1931: 62 542

Arbeiten wurden angefertigt:

	1930	1931
Füllungen	23 301	18 584
Wurzelbehandlungen	6 421	7 533
Extraktionen	10 097	9 477
Reg. und Operationen	169	141
Kautschukprothesen	753	645
Umarbeitungen	1 323	1 065
Reparaturen	606	678
Stiftzähne	411	470
Kronen	664	734
Brücken	229	288

An Personal standen zur Verfügung:

7 Zahnärzte, 4 Techniker, 7 Helferinnen, 2 Technikerlehrlinge.

In der Zahnklinik der **Reichsbetriebskrankenkasse Wilhelmshaven** wurden von 12 483 Versicherten im Jahre 1931 ca. 11 000 behandelt. Arbeiten wurden ausgeführt:

Füllungen	13 578	Extraktionen:	12 008
Wurzelbehandl.:	3 562	Regulierungen:	14

Die Zahl der Behandlungsfälle betrug: 45 164, davon waren 6 868 technische Fälle.

Der Personalbestand war folgender:

1 leitender Arzt,
4 Zahnärzte,
1 Zahnärztin,
4 Schwestern,
1 weibliche Hilfskraft für die Technik,
3 Zahntechniker,
3 Technikerlehrlinge,
1 Bürokraft.

Zusammenfassung.

Die zahnärztliche Fürsorge ist heute aus dem Rahmen der allgemeinen öffentlichen Gesundheitsfürsorge nicht mehr wegzudenken. Es ist unumstritten, daß die besten Maßnahmen zur Hebung der Volksgesundheit unvollständig bleiben, wenn nicht auch dafür gesorgt wird, daß die volkswirtschaftlichen Schäden, die dem Deutschen Volke jährlich in Höhe von mehreren Hundert Millionen Mark durch ein schlechtes Gebiß entstehen, beseitigt werden.

Die starke Zunahme der Zahnärzte und Nichtapprobierten in den Nachkriegsjahren beweist, daß auch von der Bevölkerung der Wert einer gewissenhaften Mundpflege immer mehr erkannt wird.

Es wurde am Anfang dieser Arbeit die Versorgung der Provinz Hannover mit Zahnärzten und Nichtapprobierten untersucht. Dabei sahen wir, daß die Zahl der Zahnärzte und Dentisten in den letzten Jahren erheblich gestiegen ist. Zu bemerken ist noch, daß die zahnpflegerische Versorgung der kleineren Orte und Ortschaften besser geworden ist. Es wurde hervorgehoben, daß die mittleren Städte in der Provinz Hannover noch die günstigsten Niederlassungsmöglichkeiten bieten.

Für die zahnfürsorgerische Erfassung der Schulkinder ist die Schulzahnpflege von höchster Bedeutung. Sie hat sich aus kleinen Anfängen zu Beginn dieses Jahrhunderts heraus bis heute zu einer beachtlichen Stufe entwickelt. Wie wichtig sie ist, beweisen die Untersuchungen von **Röse**, wonach sich die Durchschnittszahl der zahnkranken Kinder zwischen 77,4 % und 92,7 % bewegt.

Die Schulzahnpflege wird nach verschiedenen Systemen durchgeführt, von denen das Bonner System anerkanntermaßen das beste, allerdings auch das kostspieligste ist. Der Stand dieser planmäßig arbeitenden Art der Schulzahnpflege wurde ausführlich geschildert. In Kreisen, in denen keine Schulzahnklinik besteht, wird Schulzahnpflege durch haupt- oder nebenamtliche Schulzahnärzte ausgeübt. Vielerorts mußte die Schulzahnpflege unter dem Druck der Wirtschaftskrise eingestellt werden. Es wird dann lediglich noch bei den ärztlichen Schulreihenuntersuchungen auf den Zustand der Zähne geachtet. Die Behandlung der Kinder bleibt den Eltern überlassen.

Es wurde weiter berichtet über die zahnärztliche Versorgung der Wohlfahrtsunterstützungsempfänger und der Kriegshinterbliebenen und Kriegsfürsorge-Unterstützungsempfänger. Die Anstrengungen, die hier

im Rahmen der zahnärztlichen Fürsorge vom Wohlfahrtsamt und Kriegsfürsorgeamt Hannover zur Hebung der Volksgesundheit gemacht werden, sind hoch anzuerkennen.

Für die zahnärztliche Versorgung der Provinz Hannover hat dann noch die Universitätsklinik in Göttingen eine große Bedeutung.

Die Landesversicherungsanstalt Hannover hatte bislang für ihre Versicherten Zuschüsse zu zahnärztlich-technischen Arbeiten gewährt. Infolge der zwangsläufigen Sparmaßnahmen konnten jedoch seit dem Ende des Jahres 1931 Mittel für Zahnersatz nicht wieder in den Haushaltsplan eingestellt werden.

Die Krankenkassen lassen ihre Mitglieder in eigenen Kliniken behandeln oder überweisen sie den Zahnärzten der freien Praxis, mit denen sie Verträge abgeschlossen haben. In der Provinz Hannover gibt es nur 8 Kassenzahnkliniken, während in den übrigen Provinzen diese Zahl höher ist, was sich auch aus der Tatsache ergibt, daß bereits ein Zehntel der in Deutschland approbierten Zahnärzte im Jahre 1930 in solchen Betrieben arbeitete. Leider haben nur drei Krankenkassen Material über die Leistungen ihrer Kliniken für diese Arbeit zur Verfügung gestellt. Augenblicklich erfahren in unserem neuen Staate gerade die Krankenkassenzahnkliniken eine grundlegende Wandlung, die in der heiß umstrittenen Frage der Rentabilität dieser Betriebe begründet ist. Ich bin auf die Wirtschaftlichkeit dieser Kliniken wegen der großen Problematik daher absichtlich nicht näher eingegangen.

Die schwere Wirtschaftskrise hat auf dem Gebiete der zahnärztlichen Fürsorge ihre Opfer gefordert. Für die Zukunft besteht aber die feste Hoffnung, daß von der neuen Regierung dem sozialen Empfinden endlich Gerechtigkeit widerfährt und die wenigen Mittel, die dem Nutzen der Allgemeinheit dienen sollen, auch ihrem Zwecke zugeführt werden.

Ich möchte nicht versäumen, Herrn Prof. Dr. K. W. **Jötten** für die gütige Ueberlassung der Arbeit und seinem Assistenten, Herrn Dr. H. **Reploh**, für die freundliche Unterstützung bei der Sammlung des Materials meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literaturnachweis.

Bejach: Adreßkalender für Zahnärzte 1922, Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1922.
Adreßkalender für Zahnärzte 1925, Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1925.
Adreßkalender für Zahnärzte 1932, Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1932.

Bunge: Statistisches über den deutschen Zahnärztestand, Zahnärztl. Mitteilungen, Jahrg. 23 S. 542, 1932. Die deutsche Zahnärzteschaft in der Statistik. (Deutsches Zahnärztebuch 1932/33.)

Dressel: Statistische Betrachtung über die zahnärztliche Versorgung des deutschen Volkes im Jahre 1927, Zahnärztl. Rundschau Nr. 43, 1927.

Gesundheitsdienst, herausgegeben von den Ligner-Werken, Jahrg. 4 Nr. 4 Dresden 1931.

Gesundheitsfürsorge in der Invalidenversicherung 1929, herausgegeben vom Reichsversicherungsamt, Berlin 1930, S. 51/52.

Grundsätze der Landesversicherungsanstalt Hannover für die Uebernahme des Heilverfahrens, Januar 1929.

Hoffmann: Ziele und Wege der Schulzahnpflege, Reichsgesundheitsblatt 1 Nr. 51 S. 1046, 1926.
Ueber den gegenwärtigen Stand der zahnärztlichen Versorgung des deutschen Reiches. Archiv f. soziale Hygiene und Dermographie, 1932.
Der Ausbau der zahnärztlichen Jugendfürsorge in kleinen Gemeinden unter besonderer Berücksichtigung der Wirtschaftskrise. Zahnärztl. Mitteilungen, H. 31, 1932.

Hemmrich: Die zahnärztliche Versorgung der Provinz Hessen-Nassau und des Volksstaates Hessen unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge. Dissertation: Hygienisches Institut. Münster 1933.

Kantorowicz: Handwörterbuch der gesamten Zahnheilkunde Bd. IV. Soziale Hygiene, Verlag Hermann Meusser, Berlin 1932.

Kirchner: Zahnärztlicher Kalender für das deutsche Reich 1914, Verlag Julius Springer, Berlin.

Mahner: Eigenbetriebe der Krankenkassen, 1. Teil: Zahnkliniken. Verlag für Wirtschaft und Verwaltungen, Berlin 1930 Seite 14, 27, 28, 54, 76.

Merschkötter: Die zahnärztl. Versorgung der Schuljugend und ihre sozialhygienische Bedeutung. Dissertation: Hygienisches Institut, Münster 1927.

Misch: Zahnärztlich soziale Hygiene in Misch: Fortschritte der Zahnheilkunde Bd. 2, 1. Teil, S. 463. 1926.

Möllmann: Die zahnärztliche Versorgung der Provinz Westfalen unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge. Dissertation: Hygienisches Institut. Münster 1932.

Organisation der Städtischen Wohlfahrtspflege Hannover, 1. Teil: Verfassung und Grundsätze. Schulzes Buchhandlung, Hannover 1932. S. 67—70.

Paulstich: Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit in der Wohlfahrts- und Gesundheitsverwaltung. Verlag Leopold Voß, Leipzig 1932. S. 36, 37.

Richtlinien zur Förderung der Schulzahnpflege in der Provinz Hannover. Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Schulzahnpflege in der Provinz Hannover. Hannover 1930.

Ruin: Die zahnärztliche Versorgung der Rheinprovinz unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge. Dissertation Hygienisches Institut. Münster 1933.

Schenck: Organisation und Finanzierung der planmäßigen Schulzahnpflege. Verlag von Hermann Meusser, Berlin 1925.

Scherer: Statistik des Deutschen Reichs. Bd. 389. Die Krankenversicherung im Jahre 1929 nebst vorläufigen Ergebnissen für das Jahr 1930. Verlag Reimar Hobbing, Berlin 1931.

Schulz: Statistik des Deutschen Reichs, Bd. 420. Die Krankenversicherung im Jahre 1930 nebst vorläufigen Ergebnissen für das Jahr 1931. Verlag Reimar Hobbing, Berling 1932.

Schulz: Statistik des Deutschen Reichs Bd. 431. Die Krankenversicherung im Jahre 1931 nebst vorläufigen Ergebnissen für das Jahr 1932. Verlag Reimar Hobbing, Berlin 1933.
Reichsversicherungsordnung in der neuen amtlichen Fassung, Verlag Reimar Hobbing, Berlin 1921.
Beilage zu den amtlichen Nachrichten für Reichsversicherung. Jahrg. 1932, Nr. 8 Gesundheitsfürsorge in der Invalidenversicherung 1931 S. 51, Verlag Reimar Hobbing, Berlin.

Talma: Ueber die Erhaltung der Zähne und einige Vorteile in Bezug auf die Zahnheilkunde. Ref. in: Der Zahnarzt, IV S. 222, 1852.

Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinverwaltung, herausgegeben von der Med.-Abt. des Preuß. Min. d. Innern Berlin 1933, S. 128, 94.

Wohlfahrtswoche, Amtliches Organ des Wohlfahrts- und Kriegsfürsorgeamtes Hannover, 6. Jahrg. 1931, Nr. 28, 7. Jahrgang 1932, Nr. 23.

Lebenslauf.

Am 26. Juni 1909 wurde ich, **Herbert Wassermann,** in Hannover als Sohn des Reg.-Ob.-Insp. Otto Wassermann geboren. Nachdem ich dort am 2. März 1928 auf der Leibnizschule (Gymnasium) das Zeugnis der Reife erhalten hatte, studierte ich in Göttingen und Münster Zahnheilkunde, wo ich am 23. Februar 1932 die Vorprüfung und am 29. November 1933 die Staatsprüfung bestand.